

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 juin 2021

Composition : M. NEU, président
Mmes Dessaux et Durussel, juges
Greffière : Mme Chaboudez

* * * * *

Cause pendante entre :

P._____, à [...], recourante, représenté par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 28 LAI ; 28a al. 3 LAI

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1960, mère de quatre enfants nés entre 1993 et 2001, 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) le 30 juin 1999. Elle souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique (F33.2) et d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31), présents depuis 1991 et ayant entraîné plusieurs hospitalisations (rapport du 24 août 1999 du Dr S._____, médecin adjoint à la [...]).

Par décisions du 25 juin 2002, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} juin 1998 au 31 décembre 1999, puis d'un quart de rente à compter du 1^{er} janvier 2000, retenant un statut d'active à 50 % et de ménagère à 50 %.

Compte tenu d'une amélioration de son état de santé psychique, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assurée par décision du 1^{er} avril 2005.

B. L'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI en date du 11 novembre 2014, annonçant avoir développé un syndrome douloureux régional complexe (également appelé SDRC ou algoneurodystrophie) à la suite d'interventions chirurgicales sur une tumeur osseuse du genou droit.

Dans un rapport du 17 février 2015, le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que le 1^{er} mai 2013, l'assurée avait subi une intervention chirurgicale au niveau de son fémur droit, avec résection d'une masse intra-osseuse fémorale, puis ostéosynthèse de son fémur distal et plombage par ciment de la lésion. Dans les suites opératoires, l'assurée avait développé une inflammation de toute la zone autour du genou, en particulier du fascia lata, puis une algoneurodystrophie.

Le 23 juin 2015, l'assurée a communiqué à l'OAI qu'elle travaillerait à 50 % depuis 2013 si elle n'était pas atteinte dans sa santé. Elle a précisé avoir travaillé 5 heures par semaine comme secrétaire dans le cabinet médical de son époux.

A l'initiative du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), une expertise rhumatologique a été réalisée par la Dre I._____, spécialiste en rhumatologie, médecine physique et réadaptation.

Dans un courrier adressé à l'OAI le 20 mars 2016, l'assurée a relevé une série de comportements et d'attitudes présentés par la Dre I._____ durant l'examen qu'elle jugeait inadéquats, estimant que ceux-ci permettaient de douter de sa compétence et de son impartialité.

La Dre I._____ a rendu son rapport d'expertise le 30 mars 2016 et y a retenu les diagnostics suivants :

« Avec répercussion sur la capacité de travail :

- Gonalgies droites résiduelles après développement d'une algoneurodystrophie du genou droit diagnostiquée 3 mois (août 2013) après la première intervention chirurgicale.
- 01.05.2013 : résection d'une tumeur osseuse fémorale droite (enchondrome inter-condylien, DD [diagnostic différentiel] chondrosarcome de bas grade) : plombage par cimentation de la lésion et ostéosynthèse fémorale.

Diagnostics Rhumatologiques et autres sans répercussion sur la capacité de travail :

- 1982, 1983, 1984 : trois interventions pour méralgies paresthésiques inguinales, migraines.
- 1991 : trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique F33.2 et trouble de personnalité émotionnellement labile type borderline F60.31.
- 1999 : maladie céliaque, versus intolérance au gluten.
- 2000 : opération d'hallux valgus G [gauche].
- 2006 : algie hémifaciale gauche ; méatotomie du sinus maxillaire gauche, dysesthésie séquellaire. Ablation d'un aspergilome dans le sinus maxillaire G.
- 2009 : sialadénose multi-glandulaire.
- 2009 : opération hallux valgus D [droit].
- 2010 : hystérectomie.
- 2012 : discopathies C4, C5, C5 avec rétrécissement foraminaux de C5-C6.
- 2012 : ablation d'un kyste synovial du poignet G dorsal.

- 28.01.2014 : ablation de la plaque d'ostéosynthèse.
- 05.12.2014 : révision de la cicatrice car déchirure du tendon du fascia lata.
- 01.06.2015 : réintervention sur réaction granulomateuse liée à des fils considérés comme corps étrangers lors de la suture du tenseur du fascia lata.
- Biopsie des glandes salivaires exclut un Sjögren. Bilan à la recherche d'une sarcoïdose négatif.
- 18.05.2015 : implantation de deux électrodes DRG dans le foramen L4 et le foramen L5 droit.
- 05.06.2015 : retrait des deux électrodes DRG par manque d'efficacité. Pic hypertensif, recherche en cours pour un phéochromocytome.
- 20.07.2015 : mise en place d'une pompe intrathécale à Baclofen après deux single shots positifs. Un épisode de FA [fibrillation auriculaire] paroxystique.
- 15.10.2015 : discopathie L5-S1 d'aspect érosif avec aspect MODIC I et II des plateaux vertébraux adjacents, minime hernie discale foraminale et extra-foraminale gauche sans conflit radiculaire, arthrose articulaire postérieure étagée non congestive.
- 02.11.2015 : chondropathie dégénérative avec discret œdème sous-chondral au niveau de la rotule du genou gauche dans sa partie externe.
- 02.11.2015 : chondropathie rotulienne modérée avec discret œdème du rebord supérieur de la rotule. »

La Dre I. _____ a estimé que dans son ancienne profession de cheffe de vente dans l'industrie pharmaceutique, l'assurée présentait une limitation de 20 % en raison de la fatigabilité du membre inférieur. Sa capacité de travail était de 80 % depuis le 1^{er} septembre 2015 dans toute activité sans station debout prolongée de plus de 2 heures, sans marche de plus d'une heure, sans marche sur terrain instable, sans travail en hauteur, avec un port de charges limité à 5 kg et jusqu'à 8 kg occasionnellement. La capacité de travail pour les tâches ménagères était de 50 % à partir du 18 février 2015 et de 100 % dès le 1^{er} septembre 2015. L'experte a en outre évoqué un probable contexte de majoration des symptômes.

Dans un avis du 17 mai 2016, le SMR a estimé que cette expertise était concluante et que la lettre de l'assurée du 20 mars 2016 n'était pas de nature à modifier son appréciation.

A l'issue d'une enquête économique sur le ménage réalisée le 26 juillet 2016, l'enquêtrice a retenu une invalidité de 21,3 % dans les

activités ménagères et a estimé que le statut de 50 % active et 50 % ménagère depuis 2013 était plausible (rapport du 9 août 2016).

Par projet de décision du 20 décembre 2016, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui octroyer un trois-quarts de rente d'invalidité du 1^{er} mai 2015, soit six mois après le dépôt de la demande, jusqu'au 30 novembre 2015. Se basant sur un statut de 50 % active et 50 % ménagère, il a retenu un empêchement de 100 % dans la part active, correspondant à un degré d'invalidité de 50 %, et un empêchement de 21,3 % dans la part ménagère, correspondant à un degré d'invalidité de 10,65 %, de sorte que le taux d'invalidité global était de 60,65 %. Compte tenu de la capacité de travail de 80 % retrouvée par l'assurée depuis septembre 2015, elle pouvait réaliser un gain de 30'213 fr. 18 qui, comparé au revenu sans invalidité de 39'865 fr. 56, donnait un empêchement de 24,21 % pour la part active, soit un degré d'invalidité de 12,10 %. S'y ajoutait un degré d'invalidité de 10,65 % pour la part ménagère, ce qui conduisait à un degré d'invalidité global de 22,75 %, qui entraînait la suppression du droit à la rente, trois mois après l'amélioration de son état de santé.

L'assurée a présenté ses objections par courrier du 1^{er} janvier 2017, contestant l'amélioration de sa santé à partir du mois de septembre 2015. Elle a exposé qu'elle souffrait de poussées hypertensives dues à la clonidine, de sorte que la pompe intrathécale avait été enlevée le 16 décembre 2016, ce qui avait entraîné une augmentation des douleurs au repos liées au SDRC. Des investigations étaient par ailleurs en cours en lien avec des douleurs à la hanche gauche.

Dans un rapport du 30 janvier 2017, transmis par l'assurée à l'OAI, le Dr T._____, spécialiste en anesthésiologie au Centre d'antalgie de [...], a confirmé la nette recrudescence des douleurs à leur niveau d'origine après l'ablation du système, malgré la médication antalgique prise.

Dans un avis du 24 février 2017, le SMR a estimé que ce rapport ne modifiait en rien les conclusions de l'expertise.

Le 25 février 2017, l'assurée a produit un rapport du 23 février 2017 de sa médecin traitante, la Dre Y._____, spécialiste en médecine interne générale, qui précisait qu'en plus de la réapparition des douleurs au membre inférieur droit, l'assurée présentait une discopathie lombaire étagée surtout centrée en L3-L4 et L4-L5, ainsi qu'une facetarthrose L4-L5.

Après avoir requis une copie du dossier médical de l'assurée, le SMR a considéré, dans un avis du 30 mai 2017, qu'il n'y avait aucun élément objectif d'aggravation depuis l'expertise et a précisé qu'une hypertension artérielle n'entraînait pas d'incapacité de travail.

Le 25 juillet 2017, l'OAI a fait savoir à l'assurée que sa contestation n'apportait aucun élément susceptible de modifier sa position et qu'une décision allait lui être notifiée.

L'assurée, désormais représentée par Me Olivier Carré, a demandé à l'OAI de surseoir à statuer par courriers des 11 et 26 août 2017. Elle a fait valoir d'autres objections, reprochant en particulier à la Dre I._____ d'avoir confondu le baclofen et la clonidine, et de ne pas avoir tenu compte de l'hypermobilité articulaire évoquée par le Dr L._____, médecin praticien, dans son rapport du 15 juillet 2014.

Par courrier du 25 août 2017, l'OAI a indiqué à l'assurée que sa contestation avait déjà fait l'objet d'un nouvel examen approfondi, que le projet d'acceptation de rente avait été confirmé auprès de la caisse de compensation et qu'il lui serait loisible de recourir contre la décision chiffrée.

Par décision du 30 août 2017, l'OAI a octroyé à l'assurée un trois-quarts de rente d'invalidité du 1^{er} mai au 30 novembre 2015, conformément à son projet de décision.

C. Par acte de son mandataire du 2 octobre 2017, P._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, prenant les conclusions suivantes :

- « I. Admettre le présent recours comme recevable.
- II. Cela fait, dire que la communication rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 30 août 2017, dans la cause sous référence AVS [...], n'octroyant que des prestations de l'assurance-invalidité fédérale limitées dans le temps à P._____, a été rendue irrégulièrement, qu'elle ne vaut ainsi pas décision, puis renvoyer le dossier à l'autorité intimée pour complément d'instruction et décision susceptible de recours devant le Tribunal de céans.
- III. Subsidiairement au chiffre II ci-dessus, si la Cour de céans considère comme décision formellement valable la communication du 30 août 2017, annuler la décision rendue sous forme de projet du 20 décembre 2016, projet confirmé le 30 août 2017, dans le dossier sous référence AVS [...], dans la mesure où l'Office intimé limite dans le temps les prestations de l'assurance-invalidité fédérale octroyées à P._____.
- IV. En cas d'admission du recours dans le cadre de la conclusion subsidiaire III. ci-dessus, constater le droit de P._____ à des prestations de l'assurance-invalidité fédérale pour une période s'étendant au-delà du 30 novembre 2015, selon précisions à donner en cours d'instance, subsidiairement renvoyer le dossier à l'autorité intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. »

La recourante a fait valoir que la notification de la décision était irrégulière puisqu'elle était intervenue à son adresse et non à celle de son conseil. Elle a reproché à l'OAI d'avoir refusé de surseoir à statuer malgré sa demande en ce sens et les nouveaux arguments présentés par son conseil en date des 11 et 26 août 2017, et d'avoir laissé croire que tel serait le cas par courrier du 16 août [recte : 17 août] 2017, ce qui rendait la décision litigieuse irrégulière. Elle a considéré que l'appréciation de l'experte rhumatologue était erronée, notamment du fait qu'elle estimait que la récupération de sa capacité de travail était avérée depuis l'implantation d'une pompe à clonidine, alors que celle-ci avait été explantée en décembre 2016, en raison d'une intolérance à cette substance. La qualité de l'expertise était également remise en cause par l'erreur commise par l'experte, qui avait confondu une pompe à baclofen avec une pompe à clonidine. Elle a considéré que c'était à tort que la Dre

I._____ remettait en cause le diagnostic de SDRC et n'avait pas pris en considération l'atteinte d'hypermobilité articulaire relevée par le Dr L._____ ni le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde évoqué dans son dossier. Elle a réitéré les reproches figurant dans sa lettre à l'OAI au sujet du comportement de la Dre I._____ et a requis la mise en place d'une nouvelle expertise indépendante.

Dans sa réponse du 30 janvier 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a relevé que l'intéressée avait eu l'occasion de faire valoir ses arguments à plusieurs reprises dans le cadre de la procédure d'audition avant qu'il lui annonce, en date du 25 juillet 2017, que la décision allait prochainement être notifiée, si bien qu'il était en droit de considérer que la procédure d'audition était close lorsque son mandataire est intervenu, compte tenu de la possibilité de recourir contre la décision. La notification de celle-ci à l'assurée plutôt qu'à son mandataire était restée sans conséquence puisqu'il en avait eu connaissance rapidement. L'OAI a reconnu qu'il aurait été judicieux d'interpeller l'experte au sujet des griefs soulevés par la recourante dans sa lettre du 20 mars 2016, mais que ceux-ci ne suffisaient cependant pas à diminuer la valeur probante de l'expertise. Il a produit un avis médical du SMR du 12 décembre 2017, qui indiquait les raisons pour lesquelles une hypermobilité articulaire et une polyarthrite rhumatoïde pouvaient être écartées, et qui estimait que la mention d'une pompe à baclofen, et non à clonidine, ne remettait pas l'expertise en cause. Malgré la mise en place de celle-ci, les douleurs diurnes étaient restées inchangées, sans empêcher les activités ménagères décrites dans l'expertise, si bien que la capacité de travail retenue par l'experte était donnée, indépendamment de la présence d'une pompe intrathécale ou non. Le SMR a en outre relevé que l'hypertension artérielle de la recourante était connue depuis 2013 et qu'aucun des cardiologues consultés n'avait jugé nécessaire d'arrêter la clonidine.

Le 22 juin 2018, la recourante a produit un rapport du Dr T._____ du 15 juin 2018, qui confirmait que la pompe intrathécale avait été explantée en raison d'effets secondaires significatifs et non en raison

d'absence d'efficacité, et que le sevrage de la clonidine avait provoqué une recrudescence importante des douleurs.

Par courrier du 8 août 2018, l'OAI a fait savoir qu'il maintenait sa position, se référant à l'avis du SMR du 11 juillet 2018, qui constatait que la clonidine et les autres médicaments intrathécaux testés étaient restés inefficaces, de sorte qu'une recrudescence des douleurs n'était pas possible, d'autant moins que celle-ci serait survenue après le retrait de la pompe le 16 novembre 2016, et non pas après l'arrêt de la clonidine, le 12 août 2016. Il évoquait en outre un éventuel surdosage d'antidouleurs.

Le 15 janvier 2019, la recourante a produit un avis complémentaire établi le 10 janvier 2019 par le Dr B._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, qui a posé comme diagnostics un syndrome d'hypermobilité articulaire généralisée (SHMA) selon les critères de Brighton, nouvellement défini comme troubles du spectre de l'hypermobilité (Hypermobility Spectrum Disorders), un syndrome de sensibilisation centrale à la douleur, un syndrome d'apnée du sommeil appareillé, une arthrose fémoro-patellaire bilatérale au décours de l'exérèse d'un enchondrome (versus chondrosarcome) intercondylien droit en 2013 suivi d'un SDRC, et une micro-instabilité segmentaire lombaire basse actuellement asymptomatique. Il a conclu à l'existence d'une totale incapacité de travail et a recommandé une prise en charge de médecine physique complexe, multidisciplinaire.

L'OAI a maintenu sa position en date du 26 février 2019, produisant un avis établi par le SMR le 6 février 2019, qui indiquait les raisons pour lesquelles il estimait que les diagnostics posés par le Dr B._____ n'étaient pas fondés cliniquement ou pas suffisamment étayés.

Par courrier du 19 juin 2019, la recourante a notamment produit un rapport du Dr B._____ du 18 juin 2019 qui répondait à l'avis du SMR du 6 février 2019.

Une expertise judiciaire a été mise en œuvre auprès des G._____ (ci-après : G._____). Les Drs X._____, spécialiste en médecine interne générale, C._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, et la Dre Z._____, spécialiste en neurologie, assistée de la Dre R._____, ont rendu leur rapport d'expertise le 6 novembre 2020. Leurs conclusions étaient les suivantes :

« 4.1 Diagnostics d'éléments pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail

4.1.1 Diagnostic[s] avec répercussion sur la capacité de travail :

- Probable syndrome douloureux régional complexe type I (SDRC) (8D8A.00)
- Faiblesse de la jambe droite d'origine fonctionnelle (6B60.6)
- Douleurs chroniques du membre inférieur droit post-chirurgicales (MG30.2)

4.1.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :

- Hyperlaxité généralisée probable
- Arthromyalgies intermittentes, migrantes d'origine indéterminée, sans élément pour une connectivite ou un rhumatisme inflammatoire type PR [polyarthrite rhumatoïde].
- Probable récurrence tumorale selon IRM du 10.08.2020 »

A l'issue de leur consilium, les experts ont estimé que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans son activité habituelle d'infirmière depuis 2013 et que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, elle avait bénéficié d'une capacité de travail de 80 % de septembre 2015 à octobre 2016, puis avait présenté une incapacité de travail totale d'octobre 2016 à juin 2019 et qu'elle disposait d'une capacité de travail de 50 % (comprenant une baisse de rendement de 30 %) depuis juin 2019 pour une durée actuellement non évaluable. Les experts décrivaient les limitations fonctionnelle comme suit :

« Une activité adaptée correspondrait à une activité plutôt administrative, privilégiant essentiellement la position assise, mais permettant l'aménagement de pauses régulières dans la journée (limitation de la position assise à une heure avec pauses de 15 minutes). Une activité qui ne nécessiterait que peu de déplacement à pieds et de courte durée avec un terrain stable et une accessibilité avec des cannes. L'activité professionnelle ne doit pas non plus demander de port de charges lourdes de plus de 3 kg ou nécessiter une station debout de plus [de] 10 minutes sans appui ou 20 avec appui. [...]

Les adaptations nécessaires sont les suivantes :

- La marche serait limitée à 30'. La marche sur un terrain instable (terre, graviers, etc.) serait nettement plus limitée.
- Le soulèvement des charges de plus de 5-7 kg devrait rester exceptionnel.
- Les mouvements répétitifs nécessitant une flexion des genoux devraient être évités.
- Le port de charges, jusqu'à un poids de 5-7 kg serait exigible.
- La position pourrait être maintenue jusqu'à une heure, surtout avec un siège adapté à la condition, avant de nécessiter des modifications de position. De petites pauses fréquentes seraient bénéfiques. »

La recourante s'est déterminée sur le rapport d'expertise en date du 30 novembre 2020, faisant remarquer qu'il retenait une totale incapacité de travail sur le plan neurologique depuis l'intervention chirurgicale de 2013 jusqu'en septembre 2015, ce qui lui donnait le droit à une rente d'invalidité entière jusqu'à décembre 2015.

L'OAI a pris position le 26 janvier 2021 et produit un avis du SMR du 3 décembre 2020, qui reprenait les conclusions de l'expertise et suggérait la mise en place d'une expertise psychiatrique du fait que les experts retenaient une atteinte assimilée à un trouble somatoforme douloureux. L'OAI a confirmé sa décision en tant qu'elle octroyait un trois-quarts de rente du 1^{er} mai 2015 au 30 novembre 2015, au motif que l'incapacité de travail avait perduré jusqu'en août 2015, soit un mois après la pose de la pompe à clonidine, intervenue le 20 juillet 2015, et que le degré d'invalidité de la recourante, calculé en application de la méthode mixte, s'élevait à 60,65 %. Il a estimé que sa décision devait également être confirmée pour la période du 1^{er} décembre 2015 au 30 septembre 2016, le degré d'invalidité de la recourante n'étant alors que de 22,75 %. Il a proposé en revanche de réformer sa décision en reconnaissant à la recourante le droit à un trois-quarts de rente dès le 1^{er} octobre 2016, compte tenu d'un degré d'invalidité de 60,65 %, jusqu'au 30 septembre 2019, soit trois mois après la récupération, en juin 2019, d'une exigibilité de 50 % dans une activité adaptée, et annoncé qu'un nouveau calcul allait être effectué pour la période courant dès octobre 2019.

Par courrier du 16 février 2021, la recourante a fait savoir qu'à partir de 2019 au plus tard, elle aurait repris une activité à 100 % si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé.

Le 9 mars 2021, l'OAI a considéré que le changement de statut invoqué n'allait pas de soi et a retiré sa proposition du 26 janvier 2021, étant donné que l'objet du litige était limité au 30 août 2017 par la décision litigieuse.

Dans son écriture du 14 avril 2021, la recourante a contesté les résultats de l'enquête sur le ménage d'août 2016, remettant en cause qu'on puisse retenir comme exigible l'aide raisonnable de son mari et de ses enfants en tant que telle et également en raison du départ de ses enfants et du fait que son mari était atteint dans sa santé. Elle était d'avis qu'on ne pouvait pas retenir un degré d'empêchement de 21,3 % pour les tâches ménagères alors que les experts concluaient à une totale incapacité de travail dans une activité adaptée durant de longues périodes. Elle estimait que son invalidité ménagère se montait à au moins 40 % pendant la période de mai à novembre 2015 et qu'il y avait lieu d'appliquer un abattement de l'ordre de 15 % en raison de la perte de rendement, ce qui conduisait à l'octroi d'une rente entière. Elle a conclu à l'octroi d'une rente entière pour la période de mai à novembre 2015, puis à nouveau d'une rente entière d'octobre 2016 à septembre 2019 et ensuite d'une demi-rente dès octobre 2019. Elle demandait subsidiairement à être entendue et à faire entendre quelques témoins.

E n d r o i t :

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

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

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

2. 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 (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). 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 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 2). Les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 138 V 176 consid. 7.1 ; 136 V 24 consid. 4.3).

c) En l'occurrence, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité à la suite de la nouvelle demande de prestations qu'elle a déposée le 11 novembre 2014.

Dans la mesure où la décision litigieuse a été rendue le 30 août 2017, ce sont les règles en vigueur à cette date qu'il convient d'appliquer.

Il n'y a par ailleurs pas lieu de se prononcer sur les faits intervenus ultérieurement, lesquels devront faire l'objet d'une nouvelle décision. Dès lors, la conclusion de la recourante tendant à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité dès octobre 2019 est irrecevable.

3. a) Il convient dans un premier temps d'examiner les griefs de nature formelle avancés par la recourante. Celle-ci fait valoir que la décision attaquée est irrégulière, d'une part, en raison du refus de l'OAI de surseoir à statuer malgré sa demande en ce sens et les nouveaux arguments présentés par son conseil en date des 11 et 26 août 2017, alors qu'il avait laissé croire que tel serait le cas par courrier du 16 août 2017, et d'autre part, du fait que la notification de la décision est intervenue à son adresse et non à celle de son conseil.

b) Aux termes de l'art. 57a LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, l'office AI communique à l'assuré, au moyen d'un préavis, toute décision finale qu'il entend prendre au sujet d'une demande de prestations ou au sujet de la suppression ou de la réduction d'une prestation déjà allouée; l'assuré a le droit d'être entendu, conformément à l'art. 42 LPGA. Les parties peuvent faire part à l'office AI de leurs observations sur le préavis dans un délai de 30 jours (art. 73ter al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201]). Le délai fixé à l'art. 73ter al. 1 RAI est un délai d'ordre qui peut être prolongé pour de justes motifs (ATF 143 V 71 consid. 4.3.5).

c) En l'occurrence, l'OAI a fait parvenir son préavis à la recourante le 20 décembre 2016. Celle-ci a fait valoir ses objections par

courrier du 1^{er} janvier 2017 et invité l'OAI à s'adresser aux Drs T. _____ et Y. _____. L'OAI lui a alors indiqué, par courrier du 5 janvier 2017, qu'il lui appartenait de transmettre les éléments médicaux ou juridiques à l'appui de sa contestation, ce qu'elle a fait, en produisant un rapport de chacun des médecins précités. Le SMR a ensuite demandé à la médecin traitante de la recourante l'ensemble de son dossier médical (avis du 21 mars 2017) avant de prendre position en date du 30 mai 2017. L'OAI a répondu aux objections de la recourante par courrier du 25 juillet 2017, confirmant son projet et annonçant qu'une décision allait prochainement être rendue. Le mandataire de la recourante, nouvellement constitué, a demandé à l'OAI de surseoir à statuer par courrier du 11 août 2017, puis à nouveau en date du 26 août 2017. Au vu du déroulement de la procédure d'audition décrite ci-dessus, l'OAI était légitimé à refuser cette demande par courrier du 25 août 2017, au motif que la contestation de l'assurée avait déjà fait l'objet d'un nouvel examen approfondi et rappelant par ailleurs la possibilité de recourir contre la décision. L'assurée avait en effet largement eu le temps de faire valoir ses objections, s'était vu impartir des délais pour produire les rapports médicaux annoncés et aurait eu tout loisir de consulter un mandataire plus tôt, en vue de se faire assister durant la procédure d'audition. Quant au courrier de l'OAI du 17 août 2017, il annonçait que cet office reprendrait contact dès que possible avec le mandataire de l'assurée en vue de donner suite à sa communication, ce qui ne peut, à l'évidence, être considéré comme une décision de surseoir à statuer comme le prétend la recourante. La décision de l'OAI ne saurait par conséquent être qualifiée d'irrégulière pour ce motif.

d) Selon l'art. 49 al. 3, troisième phrase, LPGA, la notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (al. 3). Un défaut de notification n'est toutefois susceptible d'entraîner des conséquences que dans la mesure où il a causé une erreur préjudiciable à son destinataire. En effet, la protection juridique des parties est suffisamment réalisée lorsque la notification irrégulière atteint son but malgré cette irrégularité (ATF 122 V 189 consid. 2).

e) C'est en l'occurrence à tort que l'OAI, respectivement la caisse de compensation, a notifié la décision litigieuse à la recourante et non à son mandataire. Il apparaît toutefois que cette erreur n'a pas entraîné de préjudice puisque Me Carré a rapidement eu connaissance de la décision en question et a pu la contester utilement par le biais du présent recours. La notification irrégulière est dès lors restée sans conséquence, comme le relève l'OAI dans sa réponse.

4. a) 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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

b) Il y a un nouveau cas d'assurance lors de la survenance d'une atteinte à la santé totalement différente de celle qui prévalait au moment du premier refus de prestations et propre, par sa nature et sa gravité, à causer une incapacité de travail de 40 % au moins en moyenne sur une année (ATF 136 V 369 consid. 3.1 et les références).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

5. En l'occurrence, l'OAI a fondé sa décision du 30 août 2017 sur le rapport d'expertise rhumatologique de la Dre I._____, dont la recourante a contesté les conclusions en produisant notamment un consilium du Dr B._____. A l'initiative du juge instructeur, une expertise judiciaire pluridisciplinaire a été mise en œuvre auprès des G._____ et confiée aux Drs X._____, C._____ et Z._____. Dans leurs prises de position respectives des 30 novembre 2020 et 26 janvier 2021, la recourante et l'OAI ont fait savoir qu'ils se ralliaient aux conclusions de cette expertise judiciaire.

Il convient effectivement de reconnaître une pleine valeur probante au rapport d'expertise judiciaire rendu le 6 novembre 2020. Les experts ont pris leurs conclusions de manière motivée et détaillée sur la base d'un examen clinique complet, en pleine connaissance du dossier médical de la recourante et de son anamnèse, et en tenant compte de ses plaintes ainsi que de ses ressources. Il faut en particulier souligner que les Drs C._____ et Z._____ ont exposé de manière convaincante pour quelles raisons ils retenaient, respectivement écartaient les différents diagnostics posés par les autres médecins, puis ont évalué les répercussions de ceux-ci sur l'état de santé de la recourante au fil des années. L'expert rhumatologue a en outre complété les documents à disposition en faisant réaliser une échographie et une IRM du genou droit en date du 10 août 2018. Les experts ont ensuite procédé à une

évaluation consensuelle, à l'issue de laquelle ils se sont accordés sur l'évolution de la capacité de travail de la recourante.

Ils parviennent ainsi à la conclusion que la recourante présente un probable SDRC de type I, une faiblesse de la jambe droite d'origine fonctionnelle et des douleurs chroniques du membre inférieur droit post-chirurgicales. Ils posent également les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail d'hyperlaxité généralisée probable, d'arthromyalgies intermittentes migrantes d'origine indéterminée (sans élément pour une connectivite ou un rhumatisme inflammatoire de type polyarthrite rhumatoïde), ainsi que de probable récurrence tumorale à l'IRM. Ils retiennent que la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle d'infirmière est nulle depuis 2013. Dans une activité adaptée, sa capacité de travail a été nulle depuis l'intervention de 2013 jusqu'en septembre 2015 (pour des raisons neurologiques), puis a été de 80 % de septembre 2015 à octobre 2016, grâce à la mise en place de la pompe intrathécale de clonidine. La recourante a ensuite à nouveau été en totale incapacité de travail à partir d'octobre 2016, avec le sevrage de clonidine, jusqu'en juin 2019, où elle a retrouvé une capacité de travail de 50 %, comprenant une baisse de rendement de 30 %. Au niveau des limitations fonctionnelles, son activité doit avoir lieu essentiellement en position assise, avec possibilité de pauses et de changements de position, avec un port de charges limité à 3-7 kg, l'absence de flexions répétées des genoux, et la marche limitée à 30 minutes en terrain plat.

6. a) 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 avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la

santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité l'assuré aurait effectuée s'il était resté en bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. On procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible (ATF 126 V 75 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 et n° 33 ad art. 16).

b) L'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels (méthode « spécifique » d'évaluation de l'invalidité ; art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI). Par travaux habituels, il faut en principe entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance aux proches (art. 27 RAI ; cf. Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], op. cit., n° 52 ad art. 16 LPGA).

c) La méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI) consiste à utiliser la méthode générale de comparaison des revenus pour la part de l'activité lucrative et la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité pour le temps consacré aux travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA. Jusqu'au 31 décembre 2017, l'invalidité totale de la personne assurée résultait de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines (art. 27bis RAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2017 ; ATF 137 V 334 ; 131 V 51 consid. 5.1.2).

Au vu de la date de la décision litigieuse, soit le 30 août 2017, les modifications du RAI relatives à la méthode mixte entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2018 ne sont pas pertinentes en l'espèce (ATF 138 V 176 consid. 7.1 ; 136 V 24 consid. 4.3).

d) En dépit des termes utilisés aux art. 28a al. 2s. LAI et 8 al. 3 LPGA, 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 133 V 504 consid. 3.3 ; 125 V 146 consid. 2c ; 117 V 194).

e) Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée (cf. art. 69 al. 2 RAI) constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 140 V 543 consid. 3.2.1 et les références citées ; TF 9C_687/2014 du 30 mars 2015 consid. 4.2.1). Le seul fait que la personne désignée pour procéder à l'enquête se trouve dans un rapport de subordination vis-à-vis de l'office AI ne permet pas encore de conclure à son manque d'objectivité et à son parti pris. Il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité de l'évaluation (à propos des rapports et expertises des médecins internes des assurances, cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

7. a) En date du 23 juin 2015, la requérante a fait savoir à l'OAI que si elle n'était pas atteinte dans sa santé, elle travaillerait à 50 %. Lors

de l'enquête sur le ménage réalisée au domicile de la recourante le 26 juillet 2016, l'enquêtrice a confirmé le statut de 50 % active et 50 % ménagère depuis 2013, estimant que celui-ci était plausible au vu de la situation et des explications de la recourante. Ce statut peut en effet être confirmé. Dans ses dernières écritures, la recourante fait certes valoir qu'en l'absence d'atteinte à la santé, elle aurait repris une activité à plein temps au plus tard à partir de 2019 compte tenu du départ de ses enfants de la maison et de la dégradation de l'état de santé de son mari. Un éventuel changement de statut n'a toutefois pas à être examiné en l'occurrence puisque le litige porte sur la période allant jusqu'au 30 août 2017, pendant laquelle il n'est pas contesté que la recourante avait un statut de 50 % active et 50 % ménagère.

b) Dans le rapport d'enquête du 9 août 2016, l'enquêtrice a retenu une invalidité de 21,3 % dans les activités ménagères, après avoir passé en revue les activités que la recourante était en mesure d'effectuer avant son atteinte à la santé et celles qu'elle pouvait continuer à faire par la suite. Il faut relever que les conclusions de cette enquête ménagère n'ont pas été contestées dans le cadre de l'audition, ni dans le recours et les premiers échanges d'écritures. Ce n'est que dans son courrier du 14 avril 2021 que la recourante, par le biais de son mandataire, remet tout à coup en cause le taux d'invalidité retenu par l'enquêtrice quatre ans et demi auparavant. De même, la recourante ne contestait initialement pas l'octroi du trois-quarts de rente que l'OAI lui a alloué par la décision litigieuse, mais s'opposait uniquement à sa suppression.

Les arguments avancés pour contester le rapport d'enquête ménagère ne convainquent pas. Le raisonnement du mandataire de la recourante, tendant à faire un parallèle entre l'incapacité de travail au niveau professionnel et les empêchements dans les activités ménagères ne saurait être suivi. Les exigences du monde du travail ne sauraient en effet être comparées aux possibilités pour la recourante d'effectuer des actes ménagers à domicile, à son rythme, en répartissant les activités sur la journée, en ménageant les pauses nécessaires et en s'aidant de moyens auxiliaires adéquats. L'enquêtrice relève à ce propos que la recourante

limite le dommage par l'utilisation d'un aspirateur léger à accu et d'un tabouret haut à roulettes pour la cuisine, ainsi qu'en fractionnant le travail, notamment pour le repassage. Par ailleurs, la recourante a indiqué que l'amélioration de santé liée à la pose de la pompe se remarquait surtout lors du repassage, mais que pour toutes les autres activités, les douleurs s'accroissaient dès qu'elle était en mouvement et surtout à mesure que la journée avançait (rapport p. 7). Il n'existe ainsi pas de lien direct entre la capacité de travail sur un plan professionnel et celle d'exécuter des tâches ménagères.

Quant aux estimations d'invalidité faites par le mandataire de la recourante pour les travaux ménagers, outre qu'elles ne paraissent pas tenir compte de la pondération des différents champs d'activités, elles sont avancées de manière abstraite, dans le contexte d'une grande maison avec jardin et quatre enfants adolescents. Une telle argumentation ne permet pas de remettre en cause les conclusions motivées du rapport d'enquête, qui détaille, pour chacun des secteurs du ménage, les activités qui étaient réalisées par la recourante avant son atteinte à la santé et celles qui peuvent encore l'être, en pondérant l'importance des différents secteurs.

S'agissant de l'aide du mari et des enfants, il n'apparaît pas que l'enquêtrice en ait tenu compte dans une mesure excessive puisqu'elle relève explicitement dans ses observations finales qu'une aide raisonnablement exigible a été prise en compte de leur part, en tenant compte du fait que tant le mari que les enfants sont peu disponibles, le premier en raison de son travail et les seconds en raison de leurs études et du sport. Par rapport à l'aide exigible, il n'est pas nécessaire d'examiner la question du départ des enfants de la maison familiale et de la dégradation de la santé du mari de la recourante puisqu'il s'agit de circonstances postérieures à la décision attaquée, rendue le 30 août 2017.

Au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de remettre en cause les conclusions du rapport d'enquête ménagère, qui peuvent être

considérées comme valables, à tout le moins jusqu'au moment où la décision attaquée a été rendue.

c) Pendant la période de mai 2013 à septembre 2015, la recourante a présenté une totale incapacité de travail en toutes activités. Son degré d'invalidité dans l'activité professionnelle était donc de 100 %, alors que celui de l'activité ménagère s'élevait à 21,3 %. Il ne peut être question ici d'un abattement sur le revenu d'invalidé comme sollicité par la recourante dans son écriture du 14 avril 2021 puisque l'incapacité de travail est totale et que le revenu d'invalidé est donc déjà de zéro. Compte tenu du statut de 50 % active et 50 % ménagère, c'est à juste titre que l'OAI a retenu l'existence d'un degré d'invalidité global de 60,65 %, ouvrant le droit à un trois-quarts de rente.

Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré.

Compte tenu du délai d'attente de six mois à compter du dépôt de la demande de prestations, intervenu en novembre 2014, le droit à un trois-quarts de rente s'ouvrait en mai 2015, comme retenu par l'OAI.

d) Les experts concluent qu'à partir de septembre 2015 jusqu'à octobre 2016, la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée a été de 80 %, grâce à la mise en place de la pompe intrathécale de clonidine. Comme relevé par l'OAI dans ses déterminations du 26 janvier 2021, l'amélioration de la santé de la recourante peut être retenue à partir du 1^{er} septembre 2015, dans la mesure où elle fait suite à la pose de la pompe, qui est intervenue le 20 juillet 2015. C'est d'ailleurs également à partir du 1^{er} septembre 2015 que la Dre I._____ avait considéré que la recourante avait récupéré une capacité de travail de 80 %.

Le degré d'invalidité de 12,10 % calculé par l'OAI pour la part de l'activité professionnelle à 50 % n'est pas contesté et peut effectivement être confirmé. Dans la mesure où la recourante n'avait plus exercé d'activité professionnelle significative depuis des années, l'OAI était fondé à se référer à l'ESS tant pour le revenu avec invalidité que sans invalidité. Il a par ailleurs tenu compte du niveau de qualification de la recourante. Compte tenu du statut de 50 % active et 50 % ménagère, les taux d'invalidité respectifs de 12,10 % et 10,65 % mènent à un taux d'invalidité global de 22,75 %, insuffisant pour donner droit à une rente d'invalidité.

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

C'est dès lors à bon droit que l'OAI a mis fin au trois-quarts de rente d'invalidité octroyé à la recourante au 30 novembre 2015, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé.

e) La recourante s'est à nouveau retrouvée en incapacité totale de travailler dans son activité professionnelle à partir d'octobre 2016. Son degré d'invalidité global s'est alors monté à 60,65 % (soit 50 % pour la part active et 10,65 % pour les activités ménagères), ce qui lui donne à nouveau droit à un trois-quarts de rente d'invalidité.

Conformément à l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable ; l'art. 29bis RAI est toutefois applicable par analogie. Selon la jurisprudence, ce délai

s'applique à l'occasion d'une procédure de révision (art. 17 LPGA), dans le cadre d'une modification du droit à une rente précédemment allouée ou lorsqu'une rente échelonnée dans le temps est accordée à titre rétroactif (TF 9C_302/2015 du 18 septembre 2015 consid. 5.1 ; TFA I 179/01 du 10 décembre 2001 consid. 3b).

Selon l'art. 29bis RAI, si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente celle qui a précédé le premier octroi.

Il faut relever que le renvoi à l'art. 29bis RAI opéré par l'art. 88a al. 2 RAI a pour seul effet de préciser le calcul du délai d'attente de l'art. 28 al. 1 let. b LAI dans une situation précise et n'influe pas sur la manière de déterminer à quel moment on peut considérer qu'il existe un changement justifiant une révision. La modification de la rente ne peut ainsi être prise en compte qu'après l'expiration du délai de trois mois prévu à l'art. 88a RAI (dans ce sens : TF 9C_99/2012 du 24 septembre 2012 consid. 7 ; voir également TFA I 11/00 du 22 août 2001).

En l'occurrence, l'aggravation de l'état de santé de la recourante est intervenue en octobre 2016, soit moins de trois ans après la suppression de la rente d'invalidité, de sorte qu'elle mène à l'octroi d'un trois-quarts de rente à partir du 1^{er} janvier 2017, après le délai de trois mois de l'art. 88a al. 2 RAI, mais sans qu'il soit nécessaire de déduire une nouvelle fois la période d'attente de l'art. 28 al. 1 let. b LAI.

f) A partir de juin 2019, selon l'expertise, la recourante a retrouvé une capacité de travail de 50 % sur le plan professionnel. Comme déjà mentionné plus haut, cette période ne fait pas partie de l'objet du litige. Il appartiendra à l'OAI de se prononcer, par le biais d'une nouvelle décision, sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-invalidité en lien avec cette modification de son état de santé.

8. Au vu de ce qui précède, il faut constater que les pièces médicales au dossier permettent à la Cour de céans de statuer, sans qu'il apparaisse nécessaire de procéder à l'audition de la recourante ou de témoins. En effet, de telles mesures ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. Les requêtes de la recourante en ce sens doivent ainsi être rejetées par appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

9. a) Le recours est partiellement admis. La décision rendue par l'OAI le 30 août 2017 est confirmée en tant qu'elle octroie à la recourante un trois-quarts de rente d'invalidité du 1^{er} mai 2015 au 30 novembre 2015, et réformée en ce sens que la recourante a également droit à un trois-quarts de rente d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 2017.

b) La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis par 200 fr. à la charge de l'office intimé et par 200 fr. à la charge de la recourante qui n'obtient que partiellement gain de cause.

Par ailleurs, assistée d'un mandataire qualifié, la recourante a droit à des dépens réduits, qu'il convient de fixer à 1'300 fr., débours et TVA compris (art. 61 let. g LPGA, 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 mettre à la charge de l'intimé.

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
prononce :

- I. Le recours est partiellement admis, dans la mesure où il est recevable.
- II. La décision rendue le 30 août 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée en tant qu'elle alloue un trois-quarts de rente d'invalidité à P._____ du 1^{er} mai 2015 au 30 novembre 2015, et réformée en ce sens que P._____ a également droit à un trois-quarts de rente d'invalidité à partir du 1^{er} janvier 2017.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis par 200 fr. (deux cents francs) à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud et par 200 fr. (deux cents francs) à la charge de la recourante.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à P._____ une indemnité de 1'300 fr. (mille trois cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Olivier Carré (pour P._____),
- 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 :