

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 8 mars 2022

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente  
M. Neu et Mme Dessaux, juges  
Greffière : Mme Mestre Carvalho

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**V.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Karim Hichri, avocat  
auprès d'Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 17 LPGA ; art. 4 et 28 LAI.**

**E n f a i t :**

**A.** V.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...] 1960, titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) d'employée de commerce, ayant en dernier lieu travaillé comme conseillère à la clientèle dans le domaine de la publicité, en incapacité de travail depuis le 27 octobre 2008, a déposé le 3 avril 2009 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en lien avec des douleurs chroniques.

Dans ce contexte, il est apparu que l'assurée souffrait d'une maladie cœliaque, de lombalgies basses sur discopathie L4-L5/L5-S1 et de gonalgies droites sur status post déchirure de la corne postérieure du ménisque interne et post ostéotomie de valgisation du tibia proximal droit. Elle avait de surcroît développé, dès le mois d'octobre 2008, des polyarthromyalgies d'origine indéterminée touchant la ceinture scapulaire, le genou droit, les adducteurs et la chaîne postérieure rachidienne (rapport du 20 avril 2009 du Dr U.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne ; rapport du 28 mai 2009 de la Dre N.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie), les douleurs étant accompagnées d'un état dépressif réactionnel avec abus d'alcool (rapports des 20 avril et 18 mai 2009 du Dr U.\_\_\_\_\_ ; rapport du 29 mai 2009 du Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique). Sur le plan radiologique, l'intéressée avait notamment fait l'objet d'une scintigraphie osseuse le 7 novembre 2008 ne montrant aucun élément évocateur d'une pathologie polyarticulaire inflammatoire ou d'une spondylarthrite inflammatoire, ainsi que d'une imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire le 16 janvier 2009 mettant en évidence des discopathies L4-L5 et L5-S1 avec des altérations dégénératives interfacettaires de L3-L4 et L4-L5 à caractère actif.

Par rapport du 1<sup>er</sup> septembre 2009, les Drs Z.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_, respectivement médecin adjoint et médecin assistant au Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_), ont évoqué des rachialgies

inflammatoires dans le cadre d'une possible spondylarthropathie. Sur le plan anamnestique, ils ont plus particulièrement décrit des rachialgies inflammatoires chroniques, avec irradiations à bascule dans les membres inférieurs, ayant débuté plus de neuf ans auparavant et accompagnées par des douleurs aux épaules et des arthralgies des mains. Ils ont également relevé des réveils nocturnes fréquents et une raideur matinale « > 1h » accompagnés par une fatigue importante. Ils ont ajouté qu'il n'y avait pas de limitation de la mobilité lombaire mais ont constaté 7 à 11 articulations tuméfiées sur 28, touchant principalement les mains et le genou.

Assumant le suivi de l'assurée depuis le 4 décembre 2009, la Dre K.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, a transmis à l'OAI le 18 mars 2010 trois comptes-rendus évoquant des rachialgies inflammatoires dans le cadre d'une spondylarthropathie HLA-B27 négative ou d'une maladie cœliaque (rapports des 10 décembre 2009, 15 janvier 2010 et 26 février 2010).

Le 29 mars 2010, la Dre H.\_\_\_\_\_, cheffe de clinique au Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_, a nié toute capacité de travail dans la mesure où l'assurée présentait des réveils nocturnes, une raideur matinale et une maladie inflammatoire non contrôlée. La reprise progressive d'une activité adaptée pourrait toutefois être envisagée en fonction de l'évolution thérapeutique.

Par rapport du 2 août 2010, le Dr W.\_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a retenu l'atteinte principale à la santé de polyarthralgies sur spondylarthropathie séronégative avec atteinte vertébrale et polyarticulaire. Il a considéré que l'atteinte de nombreuses articulations était importante à ce jour et que les symptômes étaient toujours présents, en particulier les réveils nocturnes, la raideur matinale et un état inflammatoire pas encore maîtrisé. Il en a déduit que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (à savoir : utilisation des articulations, position debout autre qu'occasionnelle,

positions statiques prolongées, tout effort physique). Relevant que la situation n'était pas stabilisée mais qu'aucune récupération de la capacité de travail n'était à prévoir dans les mois à venir, le Dr W.\_\_\_\_\_ a préconisé une révision du cas dans une année.

Par décisions des 27 janvier et 14 mars 2011 confirmant un projet du 22 octobre 2010, l'OAI a reconnu le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2009, compte tenu d'une incapacité de travail totale dans toute profession.

**B.** Au cours du mois d'octobre 2011, l'OAI a entamé une procédure de révision d'office du droit à la rente.

Aux termes d'un questionnaire de révision rempli le 10 novembre 2011, l'assurée a indiqué que son état demeurait inchangé, étant précisé qu'elle avait bénéficié de la mise en place d'une prothèse partielle du genou droit le 6 mai 2011 puis d'une prothèse totale le 26 août 2011.

Par rapport du 28 novembre 2011, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a fait état d'une gonarthrose et confirmé la mise en place d'une hémiprothèse du genou droit puis son remplacement par une prothèse totale, avec une bonne évolution et sans impact au niveau de la capacité de travail exigible.

Dans un rapport du 30 décembre 2011, la Dre K.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics incapacitants de rachialgies inflammatoires dans le cadre d'une spondylarthropathie HLA-B27 négative ou de la maladie coéliqua, ainsi que de status après mise en place d'une hémiprothèse du genou droit le 6 mai 2011 puis d'une prothèse totale le 26 août 2011. Elle a considéré que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé depuis le rapport du Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> septembre 2009, avec une capacité de travail toujours nulle dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée. En effet, compte tenu de ses problèmes de genou, l'intéressée n'avait pas pu faire de physiothérapie et de fitness pour ses

lombalgies inflammatoires et les douleurs s'étaient ainsi exacerbées. Ainsi, lors de la dernière consultation, la patiente signalait d'importantes cervico-scapulalgies bilatérales, des lombalgies et des douleurs sacro-iliaques de caractère inflammatoire. Soulignant la chronicité des douleurs et l'absence de réponse à tous les traitements biologiques essayés, la Dre K.\_\_\_\_\_ a émis un pronostic très réservé.

Le 11 mai 2012, l'assurée a fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique réalisé par le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, du SMR. Faisant part de ses conclusions le 6 août 2012, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a retenu notamment ce qui suit :

### **"Plaintes actuelles**

[...]

Actuellement, l'assurée n'aurait plus de raideur matinale, mais elle fait beaucoup d'exercices au fitness. L'assurée se plaint toujours de rachialgies diffuses irradiant aux membres supérieurs jusqu'aux deux coudes. L'assurée a particulièrement mal aux fesses, à la région cervicale et aux coudes. [...]

### **Anamnèse par système**

[...]

*Locomoteur* : parfois, douleurs des mains, s'il fait humide. L'assurée nous signale, par ailleurs, de petites déformations des articulations des doigts.

[...]

### **DIAGNOSTICS**

- ***avec répercussion durable sur la capacité de travail***

**RACHIALGIES DIFFUSES DANS LE CADRE DE TROUBLES STATIQUES ET D[É]G[É]N[É]RATIFS DU RACHIS AI[NS]I QUE POSSIBLEMENT D'UNE MALADIE COELIAQUE. M 54, K 90.0**

**DOULEURS ET LIMITATIONS FONCTIONNELLES DU GENOU D DANS LE CADRE D'UN STATUS APRES PLUSIEURS INTERVENTIONS CHIRURGICALES DU GENOU DROIT, DONT LA POSE D'UNE PROTHESE TOTALE DU GENOU D. M 17.**

**GONARTHROSE G MODÉRÉE. M 17**

**COXARTHROSE BILATÉRALE MODÉRÉE À PRÉDOMINANCE G. M 16**

- **sans répercussion sur la capacité de travail**

□ **DISCRETS STATUS VARIQUEUX DES MEMBRES INF[É]RIEURS.**

□ **DISCR[È]TE ARTHROSE NODULAIRE DES DOIGTS. M19.0.**

□ **MALADIE COELIAQUE. K 90.0.**

**APPRÉCIATION DU CAS**

[...]

[L]es divers examens radiologiques [...] ne mettent en évidence que des troubles dégénératifs du rachis lombaire sans signes pour une spondyl[ar]thropathie ou une sacroiliite. [...] Dans cette situation, nous avons redemandé des radiographies de tout le rachis ainsi que des radiographies des deux sacro-iliaques selon Barsony qui ont été effectuées le 14 mai 2012 et qui confirment la présence de troubles statiques et dégénératifs du rachis, mais l'absence de signes radiologiques pour une spondyl[ar]thropathie avec notamment absence de sacroiliite ou de syndesmophytes. L'absence d'éléments radiologiques pour une spondylarthrite, 4 ans après l'apparition de rachialgies, permet d'exclure ce diagnostic, d'autant plus que l'absence de véritable efficacité sur les douleurs des divers traitements anti-TNF alpha parle également contre la possibilité de ce diagnostic. Par ailleurs, la mobilité relativement bonne, cervicale et lombaire, va également contre ce diagnostic. Il est donc possible que les rachialgies inflammatoires entrent dans le cadre de la maladie coeliaque, l'assurée présentant par ailleurs des troubles statiques et dégénératifs du rachis. D'autre part, actuellement, l'assurée ne présente pas de tuméfactions des articulations, si ce n'est au genou D, alors qu'elle présentait 7 à 11 articulations tuméfiées sur 28, touchant principalement les mains et les genoux, selon le rapport AI rempli par le Dr Z. \_\_\_\_\_ et le Dr X. \_\_\_\_\_ le 01.09.2009.

A noter encore que l'assurée présente radiologiquement une gonarthrose G et une coxarthrose bilatérale à prédominance G modérées. Par ailleurs, radiologiquement, le status après PTG du genou D est satisfaisant, mis à part qu'il existe une discrète lyse osseuse sur l'aspect postérieur de la métaphyse distale du fémur, entre le fémur et la prothèse.

Dans ce contexte clinique, nous retenons les diagnostics susmentionnés. Au vu de ces diagnostics, nous retenons des limitations fonctionnelles qui ne sont pas respectées dans l'activité habituelle de représentante dans la publicité. Ainsi, dans cette activité, la capacité de travail est nulle. Actuellement, la situation clinique de l'assurée s'est améliorée, puisqu'elle ne présente plus de tuméfactions articulaires, si ce n'est au genou D où elle a bénéficié de la pose d'une prothèse totale du genou D. Par ailleurs, au niveau des rachialgies, même si elles ont un horaire inflammatoire, elles se sont actuellement améliorées, même sans traitements biologique ou cortisone actuels, puisque l'assurée ne présente plus de raideur matinale. D'ailleurs, la mobilité lombaire en flexion est étonnamment bonne, puisque la distance doigts-sol est de 0 cm. Par ailleurs, les douleurs ne réveillent plus l'assurée à 1h ou 2h, mais à

5h. D'autre part, le diagnostic de spondyl[ar]thropathie peut être raisonnablement écarté, au vu de l'absence de lésions radiologiques compatibles, 4 ans après l'apparition des rachialgies et au vu de l'absence également d'efficacité des divers anti-TNF alpha sur les douleurs. Par contre, au vu de ces rachialgies à horaire inflammatoire, on peut encore évoquer des douleurs sur maladie cœliaque, bien que les douleurs rachidiennes sont aussi explicables par les troubles statiques et dégénératifs du rachis. Ainsi, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, la capacité de travail est de 70%, au vu de cette amélioration et de l'absence d'arguments pour une spondyl[ar]thropathie. Nous retenons tout de même une incapacité de 30%, au vu du caractère inflammatoire des douleurs, de la présence d'une maladie cœliaque pouvant être à l'origine des douleurs et d'une certaine baisse du rendement liée aux limitations fonctionnelles qui se surajoutent.

### ***Limitations fonctionnelles***

Rachis : nécessité de pouvoir alterner 2 fois par heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement ou de port régulier de charges d'un poids excédant 5 kg. Pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Pas d'exposition à des vibrations. Pas de mouvements répétés de flexion-extension de la nuque, pas de rotations rapides de la tête, pas de positions prolongées en flexion ou extension de la nuque.

Membres inférieurs : pas de genuflexion répétée, pas de franchissement d'escabeau ou échelle. Pas de marche en terrain irrégulier. Pas de franchissement régulier d'escaliers. Pas de position debout de plus de 10 minutes. Pas de marche de plus d'une demi-heure.

### ***Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?***

Depuis le 27.10.2008.

### ***Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?***

Elle est restée complète depuis le 27.10.2008 dans l'activité de représentante dans la publicité. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, l'incapacité de travail a été complète depuis le 27.10.2008.

Depuis le 30.12.2011, date du rapport de la Dresse K.\_\_\_\_\_, la capacité de travail dans une activité adaptée est de 70%, puisque le status était alors superposable à notre status.

### **CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE**

**DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 0 % COMME REPRÉSENTANTE DANS LA PUBLICITÉ**

**DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 70 % DEPUIS LE : 30.12.2011**

**A TRADUIRE EN TERMES DE MÉTIER PAR UN SPÉCIALISTE EN RÉADAPTATION."**

Le 29 novembre 2012, sur interpellation d'un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a précisé que c'étaient avant tout les déplacements liés au dernier emploi qui l'avaient incité à retenir une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle.

Répondant le 22 mars 2013 à des questions complémentaires de l'OAI, la Dre K.\_\_\_\_\_ a exposé que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé depuis l'octroi de la rente d'invalidité et qu'un traitement de Simponi - administré sans succès du 4 février au 4 mai 2011 - avait été repris depuis le 20 novembre 2012, en lien avec la problématique inflammatoire. S'agissant des limitations fonctionnelles, elle a indiqué que le port des charges lourdes était proscrit, de même que celui de charges légères de manière répétée ; à cela s'ajoutait que l'assurée ne pouvait pas faire des travaux en flexion/rotation/inclinaison du tronc ni marcher sur de longues distances, qu'une alternance des positions assise et debout était recommandée, que les positions statiques étaient impossibles en raison du développement d'une ankylose et que, en raison de multiples réveils nocturnes, la patiente présente une asthénie importante.

Prenant position le 16 mai 2013, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a rappelé que son examen clinique avait démontré l'absence de spondylarthropathie HLA-B27 négative et mis en évidence une amélioration de l'état de santé, en ce sens que l'assurée ne présentait plus 7 à 11 articulations tuméfiées sur 28, ni de raideur matinale. Il a également souligné avoir retenu des limitations fonctionnelles similaires à celles décrites par la Dre K.\_\_\_\_\_. Quant à l'asthénie issue des réveils nocturnes, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a observé que l'assurée avait déclaré ne plus être réveillée par ses douleurs que vers 5 heures du matin et que, du reste, l'incapacité de travail de 30 % dans une activité adaptée tenait compte de l'asthénie. Enfin, le Dr Q.\_\_\_\_\_ s'est dit étonné de la reprise d'un traitement de Simponi, nonobstant l'inefficacité de ce type de médication. Cela étant, il a estimé qu'il y avait lieu de requérir de plus amples informations auprès de la Dre K.\_\_\_\_\_ et

que, en cas d'aggravation étayée depuis l'examen clinique du 11 mai 2012, un nouvel examen serait indiqué.

Par compte-rendu du 31 mai 2013, la Dre K.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il n'y avait eu aucune amélioration de l'état de santé sous Simponi et que ce traitement avait ainsi été interrompu le 14 avril 2013. Elle a ajouté que depuis l'octroi de la rente, respectivement depuis 2012, la patiente avait développé des arthralgies périphériques de caractère inflammatoire touchant les épaules, les coudes, les mains, le genou et les chevilles. Pour la Dre K.\_\_\_\_\_, la capacité de travail était toujours nulle, tant dans la profession antérieure que dans une activité adaptée.

Par avis médical SMR du 11 juin 2013, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a observé que des tuméfactions aux mains avaient déjà été relevées dans le rapport des spécialistes du Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> septembre 2009 et que l'intéressée s'était plainte d'arthralgies des coudes, des épaules et du genou gauche lors de l'examen au SMR. Compte tenu cependant de l'apparition d'arthralgies aux chevilles et de l'appréciation divergente émise par la Dre K.\_\_\_\_\_, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a préconisé un nouvel examen rhumatologique. C'est ainsi qu'une expertise a été mise en œuvre le 30 octobre 2013 auprès du Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie. Dans son rapport y relatif du 7 novembre 2013, l'expert S.\_\_\_\_\_ a retenu notamment ce qui suit :

#### **"IV. DIAGNOSTICS**

##### **4.1 Diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail ?**

Douleurs chroniques depuis 2008 dans le contexte de troubles dégénératifs surtout lombaires bas mais également coxo-fémoraux, possiblement favorisés par la maladie cœliaque de l'assurée.

##### **4.2 Diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail ?**

Absence de maladie de Bechterew.

#### **VI. APPRECIATION DU CAS ET PRONOSTIC**

[...] Je rejoins les conclusions du Docteur S.\_\_\_\_\_ dans son expertise de mai 2012, à savoir que cette patiente ne présente pas de critère en faveur d'une maladie de Bechterew. En effet, cinq ans après le début de la symptomatologie douloureuse, elle présente une mobilité rachidienne quasi complète, l'absence de tout signe

d'enraidissement quels que soient les segments considérés de son rachis. Rappelons qu'elle est HLA-B27 négatif, que tous les bilans biologiques à disposition dans son dossier n'ont jamais montré de syndrome inflammatoire sauf celui pratiqué initialement par la Doctoresse N.\_\_\_\_\_, qu'elle n'a jamais répondu aux traitements classiques d'une spondylarthrite, ni aux AINS, ni aux stéroïdes, ni aux anti-TNF alpha. Enfin, tous les bilans d'imagerie pratiqués, tant au début de sa maladie que suite à l'expertise de mai 2012, n'ont jamais montré aucun élément en faveur d'une maladie de Bechterew. Je considère donc qu'il faut rejeter ce diagnostic. En ce qui concerne l'origine des douleurs de la patiente, celle-ci reste tout de même un peu mystérieuse, probablement en grande partie liée aux troubles dégénératifs rachidiens et touchant les hanches et les genoux mais également favorisée par sa maladie cœliaque. A l'issue de cette expertise, j'ai expliqué à Madame V.\_\_\_\_\_ qu'elle ne souffrait pas à mon avis d'une maladie de Bechterew tout comme l'avait évalué également le Docteur Q.\_\_\_\_\_ en mai 2012. Sur le plan de la prise en charge, je l'ai encouragée à maintenir un régime strict en ce qui concerne sa maladie cœliaque en raison des liens possibles qu'il existe entre cette maladie à point de départ digestif et des douleurs du système locomoteur. Je l'ai encouragée également à poursuivre toute sa prise en charge physique sous la forme d'exercices de fitness qu'elle pratique au quotidien, de marche, mais également de physiothérapie en piscine. Je ne pense pas que les médicaments antalgiques ou anti-inflammatoires n'apportent beaucoup de soulagement à ses douleurs et certainement il n'y a pas de justification à reprendre un quelconque traitement anti-TNF alpha.

## ***B. Influences sur la capacité de travail***

### **1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés**

#### a) Au plan physique :

En lien avec ses atteintes dégénératives du rachis lombaire et des articulations des hanches et des genoux, la patiente présente une limitation en ce qui concerne les ports de charges mais également les positions statiques prolongées, notamment assises ou à piétiner.

#### b) Au plan psychique et mental :

Je n'ai pas mis en évidence d'anomalie dans ce domaine.

#### c) Au plan social :

Idem.

### **2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici :**

#### 2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

Madame V.\_\_\_\_\_ m'a décrit une activité professionnelle essentiellement effectuée avec de fréquents déplacements en automobile, ce qui me paraît peu exigible compte-tenu de ses problèmes lombaires et des membres inférieurs, notamment son status après PTG droite. Tout comme le Docteur Q.\_\_\_\_\_ l'a conclu dans son expertise de mai 2012, je pense que dans son ancienne profession et compte-tenu de la nécessité pour elle de réaliser

fréquemment des déplacements en voiture, la patiente doit être considérée comme inapte à une reprise de travail de ce type.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

Je pense que Madame V. \_\_\_\_\_ possède une capacité de travail dans une profession qui autoriserait de fréquents changements de positions, qui éviterait des ports de charges à répétition, des déplacements prolongés à pieds et des mouvements en porte-à-faux du rachis lombaire.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ?

Non.

2.4 Y a-t-il une diminution de rendement ?

Oui à 100%.

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?

Anamnestiquement depuis le 27 octobre 2008. La patiente est au bénéfice d'une rente AI à 100% depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2009.

2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Au vu du dossier et de l'examen actuel de l'assurée, le degré d'incapacité de travail a évolué favorablement, probablement en lien avec la prise en charge très active pratiquée ces derniers temps par la patiente et par le respect de son régime d'éviction de gluten.

***C. Influences sur la réadaptation professionnelle***

**1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?**

Oui, dès maintenant.

**2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?**

Non.

**3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assurée ?**

3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?

Comme déjà mentionné au préalable, je pense que Madame V. \_\_\_\_\_ est en mesure d'exercer une activité professionnelle légère autorisant des changements fréquents de position, évitant les ports de charges, les mouvements en porte-à-faux du rachis lombaire et les déplacements à pieds sur de longues distances.

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée ?

A mon avis à 50%. Ce pourcentage est justifié par la présence de douleurs chroniques persistantes liées aux troubles dégénératifs

déjà mentionnés chez cette patiente, ceci malgré toutes les prises en charges réalisées à ce jour.

### 3.3 Y a-t-il une diminution de rendement ?

Non."

Dans un rapport complémentaire du 13 décembre 2013, l'expert S.\_\_\_\_\_ a précisé ce qui suit :

#### **"1. [...] devant une situation clinique relativement superposable à celle de mai 2012, pour quelles raisons médicales objectives vous écarterez-vous de l'appréciation de 70% faite à ce moment[-]là ?**

Dans l'appréciation de la capacité de travail de l'assurée, j'ai tenu compte des douleurs chroniques persistantes que Madame V.\_\_\_\_\_ a bien décrites dans les divers entretiens qu'elle a eu avec ses médecins mais également avec le Docteur Q.\_\_\_\_\_ puis cet automne avec moi-même. Pour mémoire, la patiente présente des douleurs diurnes et nocturnes quotidiennes, souvent insomniantes. Cette symptomatologie est à relier aux troubles dégénératifs qui ont été objectivés mais également à la maladie cœliaque dont est victime cette assurée. L'impact de ses douleurs quotidiennes, non maîtrisables par les différentes thérapies utilisées jusqu'à ce jour, limite la capacité de travail quel que soit le type de profession et j'ai estimé qu'un 50% dans une profession adaptée me paraissait un maximum exigible. Cette limitation de la capacité de travail est donc la conséquence des atteintes objectives à la santé mais également reliée aux implications dans la vie actuelle au quotidien de cette patiente. Madame V.\_\_\_\_\_ m'a conté avec détails la manière qu'elle avait trouvée pour gérer le mieux possible cet état douloureux chronique ; elle s'astreint au quotidien à des exercices à la fois de marche mais également de fitness, elle doit se reposer chaque après-midi de façon prolongée pour atténuer et la fatigue et les douleurs. Je pense dès lors qu'une activité réalisée au-delà de 50% n'est pas envisageable en l'état, qu'une reprise de travail à 50% sera déjà difficile à réaliser chez cette patiente et qu'il s'agit là d'un maximum exigible.

#### **2. Par ailleurs, depuis quelle date une capacité de travail dans une activité adaptée est-elle exigible de la part de l'assurée ?**

Il est difficile de fixer rétrospectivement la date à partir de laquelle une activité adaptée est exigible chez cette assurée. Madame V.\_\_\_\_\_ avait été considérée comme en incapacité de travail complète avec début d'une rente AI à 100% le 1<sup>er</sup> octobre 2009. Dans les différentes pièces du dossier à disposition, la première mention d'une évaluation différente de cette capacité de travail est l'expertise réalisée par le Docteur Q.\_\_\_\_\_ en mai 2012. Il est dès lors difficile de se prononcer sur la période entre le début du droit à la rente et l'expertise réalisée par le Docteur Q.\_\_\_\_\_. Je vous formule donc la réponse de la manière suivante : il me semble que

l'on peut considérer une capacité de travail de 50% telle que je l'ai évaluée dans mon expertise dès le mois de mai 2012."

Par avis médical du 9 janvier 2014, la Dre M.\_\_\_\_\_, du SMR, a estimé qu'il y avait lieu de préférer l'appréciation du Dr Q.\_\_\_\_\_ à celle de l'expert S.\_\_\_\_\_. Elle a considéré, à cet égard, que l'incapacité de travail de 50 % retenue par l'expert apparaissait surfaite au vu des activités de fitness auxquelles l'assurée s'astreignait quotidiennement et d'un status clinique comparable à celui de mai 2012. Elle a ajouté que les limitations fonctionnelles décrites par l'expert S.\_\_\_\_\_ étaient peu détaillées et ne prenaient que très partiellement en compte les atteintes des membres inférieurs. Enfin, ce dernier médecin avait daté de manière peu claire le début de l'exigibilité. La Dre M.\_\_\_\_\_ a retenu, à l'inverse, que l'appréciation du Dr Q.\_\_\_\_\_ échappait à la critique sur ces différents points.

Une mesure d'orientation professionnelle a eu lieu du 16 mars au 10 avril 2015, sous la forme d'un atelier collectif auprès de B.\_\_\_\_\_ à [...]. Du rapport y relatif établi le 14 avril 2015, il est ressorti que les objectifs fixés n'avaient pas été atteints et qu'une remobilisation semblait difficile chez une assurée dont les douleurs avaient augmenté et étaient devenues insupportables.

Par avis médical SMR du 13 juillet 2015, la Dre M.\_\_\_\_\_ a retenu que des facteurs non médicaux limitaient la réinsertion et que, sur le plan strictement médical, aucun élément objectif nouveau ne venait confirmer une modification de l'état de santé de l'assurée depuis l'examen clinique SMR réalisé en 2012.

Dès le 1<sup>er</sup> février 2016, une mesure d'ordre professionnelle a été mise en œuvre sous la forme d'un bilan/orientation/stage auprès d'O.\_\_\_\_\_ à [...], avec un terme prévu au 10 avril 2016. A l'occasion d'un entretien le 24 mars 2016 entre l'intéressée et des collaborateurs de l'OAI et d'O.\_\_\_\_\_, cette mesure a été interrompue avec effet au jour même en lien avec le comportement de l'assurée (attitude fermée, pleurs durant l'entretien, réticences à l'élaboration d'un projet professionnel au motif d'une péjoration de l'état de santé).

Dans un rapport du 28 avril 2016, la Dre K.\_\_\_\_\_ a précisé que les rachialgies chroniques - anciennement attribuées à une spondylarthropathie HLA-B27 ou à la maladie cœliaque - étaient probablement non spécifiques. Elle a exposé que depuis son rapport du 31 mai 2013, respectivement depuis l'octroi de la rente d'invalidité, l'état de santé de sa patiente s'était dégradé avec une augmentation des rachialgies chroniques à prédominance nocturne et des arthralgies périphériques associées à une raideur matinale d'environ une heure. A cela s'ajoutait une nette aggravation des lombalgies gauches depuis le début de l'année 2016. Quant à la capacité de travail, elle demeurait nulle dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée. Concernant les limitations fonctionnelles, elles avaient trait au port de charge, aux travaux impliquant le tronc, à l'alternance des positions et à l'asthénie suscitée par les multiples réveils nocturnes.

Par rapport du 11 mai 2016, le Dr F.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, a relevé que l'assurée avait tendance à prendre des anxiolytiques mais qu'elle essayait d'éviter d'en prendre trop. Par le passé, dans le cadre d'un divorce difficile, l'intéressée avait en outre consommé trop d'alcool et elle craignait, à présent, de réitérer ce comportement en cas de stress important prolongé. L'assurée ne ressentait toutefois pas le besoin de consulter un psychiatre. Le Dr F.\_\_\_\_\_ a par ailleurs décrit une situation en aggravation avec des douleurs journalières insomniantes. Il a également évoqué un état anxieux fluctuant en fonction du stress, respectivement un status post état anxiodépressif. Pour le reste, il a renvoyé à l'appréciation de la Dre K.\_\_\_\_\_.

Le 2 juin 2016, la Dre K.\_\_\_\_\_ a produit un rapport du 12 avril 2016 consécutif à une IRM du rachis lombaire, du bassin et des articulations sacro-iliaques. Dans ce rapport, la radiologue P.\_\_\_\_\_ mettait en évidence la stabilité des discopathies dégénératives de L2-L3 à L5-S1, ainsi que des protrusions discales L4-L5 paramédiane gauche et L5-S1 paramédiane et foraminale gauche. Elle notait par ailleurs une

inflammation importante autour de la racine L5 gauche dans son foramen L5-S1. La radiologue mentionnait de surcroît une arthrose postérieure lombaire bilatérale modérée avec des poussées congestives très importantes en L2-L3 et L3-L4, probablement en petite aggravation par rapport à l'IRM comparative (du 1<sup>er</sup> décembre 2014). Pour le surplus, la Dre P.\_\_\_\_\_ notait une globale stabilité au niveau des inflammations inter-épineuses importantes en L2-L3 et L3-L4 et des remaniements probablement dégénératifs des deux articulations sacro-iliaques dans leur partie antéro-moyenne, ainsi qu'une tendinobursite modérée du petit fessier gauche sans déchirure.

Par avis médical SMR du 4 juillet 2016, la Dre M.\_\_\_\_\_ a estimé qu'il n'y avait pas d'éléments en faveur d'une aggravation significative de l'état de santé depuis l'examen clinique réalisé par le Dr Q.\_\_\_\_\_ et l'expertise pratiquée par le Dr S.\_\_\_\_\_ ; elle a en particulier estimé que l'IRM d'avril 2016 montrait des anomalies déjà connues au dossier et stables. Se référant aux mesures de réadaptation mises en œuvre en 2015 et 2016, la Dre M.\_\_\_\_\_ a considéré c'était bien plutôt l'état d'esprit de l'assurée face à une réadaptation qui freinait sa réinsertion.

Par sommation du 2 juin 2017, l'OAI a imparti à l'assurée un délai au 30 juin 2017 pour confirmer qu'elle souhaitait bénéficier de mesures de réadaptation et qu'elle y collaborerait pleinement, à défaut de quoi les démarches de réadaptation seraient interrompues et le taux d'invalidité évalué sur la base des gains qui auraient pu être réalisés après avoir effectué la formation proposée.

Dans un courrier du 30 juin 2017, l'assurée a contesté être en mesure de travailler à 70 % au regard des douleurs dont elle souffrait. En annexe, elle a joint un certificat médical du 28 juin 2017 du Dr F.\_\_\_\_\_ doutant, d'une part, de la compatibilité d'un stage de réadaptation avec l'état de santé psychologique et physique de sa patiente et préconisant, d'autre part, une suspension de la procédure jusqu'à la mise en œuvre d'une évaluation par le Service de rhumatologie du Centre hospitalier

G.\_\_\_\_\_. L'intéressée a également produit une attestation émise le 20 juin 2017 par la Dre L.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, signalant la présence d'un état dépressif d'intensité moyenne depuis plusieurs mois qui nécessitait une prise en charge psychiatrique.

En date du 21 janvier 2019, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans le sens d'une suppression du droit à la rente d'invalidité. Dans sa motivation, l'office a retenu que l'état de santé de l'intéressée rendait raisonnablement exigible depuis le 30 décembre 2011 l'exercice à 70 % d'une activité adaptée (telle qu'employée de commerce) respectant ses limitations fonctionnelles, que sur cette base des mesures de réadaptation avaient été proposées, mais que l'assurée n'y avait pas donné suite. Procédant conséquemment à l'évaluation du préjudice économique, l'OAI en a déduit un degré d'invalidité de 0,15 % n'ouvrant plus le droit à une rente d'invalidité. Dite prestation serait donc supprimée dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision.

L'assurée, désormais sous la plume de son conseil, a contesté le projet précité en date du 21 février 2019. En substance, elle a estimé que l'appréciation de l'expert S.\_\_\_\_\_ ne pouvait être délaissée au profit de celle du Dr Q.\_\_\_\_\_ et que, compte tenu de la nature dégénérative de ses atteintes et de leur péjoration continuelle attestée par ses médecins traitants, l'office n'était pas légitimé à statuer sur la base d'appréciations médicales datant de 2012 et 2013. Pour l'assurée, il y avait donc lieu de compléter l'instruction sur le plan rhumatologique.

Par décision du 30 janvier 2020, l'OAI a confirmé son projet du 21 janvier 2019, dont il a repris la motivation. Aux termes d'une lettre d'accompagnement du même jour, l'office a exposé qu'aucun élément n'avait été apporté susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position.

**C.** Agissant par l'entremise de son conseil, V.\_\_\_\_\_ a recouru le 5 mars 2020 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal

à l'encontre de la décision précitée, concluant à sa réforme et au maintien du droit à une rente d'invalidité au-delà du 31 mars 2020 « *dont l'étendue devra faire l'objet d'une instruction complémentaire de la part de l'Office AI et d'une nouvelle décision* ». Pour l'essentiel, elle a fait valoir que l'on ne pouvait s'en tenir aux conclusions du Dr Q.\_\_\_\_\_ dès lors que son état de santé s'était dégradé postérieurement à l'analyse de ce médecin et que, dans ce contexte, l'OAI avait mis en œuvre une expertise auprès du Dr S.\_\_\_\_\_, lequel avait dûment expliqué les motifs l'incitant à s'écarter de l'incapacité de travail fixée à 30 % par le Dr Q.\_\_\_\_\_. L'intéressée a par ailleurs critiqué les motifs avancés dans l'avis du SMR du 9 janvier 2014 pour écarter l'appréciation de l'expert S.\_\_\_\_\_. Enfin, la recourante a argué qu'au vu de ses atteintes dégénératives et de la péjoration continuelle de son état de santé telle qu'attestée par ses médecins traitants, l'instruction méritait d'être complétée sur le plan médical.

Dans sa réponse du 29 mai 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours. Sur le plan somatique, l'OAI a considéré que l'appréciation du Dr Q.\_\_\_\_\_ était probante et l'emportait sur celle de l'expert S.\_\_\_\_\_, tel qu'exposé par le SMR le 9 janvier 2014 ; à cela s'ajoutait que les documents médicaux produits ultérieurement ne mettaient en évidence aucune aggravation significative de l'état de santé de la recourante. Sous l'angle psychique, l'office a observé qu'outre la mention d'un état dépressif d'intensité moyenne depuis plusieurs années [recte : mois] nécessitant une prise charge psychiatrique, l'attestation émise en juin 2019 par la Dre L.\_\_\_\_\_ ne comportait aucune autre indication ; l'intimé a toutefois concédé qu'un rapport médical pourrait éventuellement être demandé à la Dre L.\_\_\_\_\_.

Par réplique du 2 juillet 2020, la recourante a confirmé ses conclusions. Elle a en particulier souligné que l'intimé n'avait pas instruit le volet psychiatrique, ce qui justifiait en soi de lui renvoyer la cause.

Dupliquant le 4 août 2020, l'intimé a maintenu sa position.

En date du 28 septembre 2020, la recourante a produit un rapport d'IRM établi le 15 septembre 2020 par le radiologue C.\_\_\_\_\_ à la recherche de synovite ou d'une atteinte dégénérative en lien avec des douleurs importantes de l'articulation métacarpo-phalangienne (MCP) des deux côtés depuis l'été 2020, des gonalgies bilatérales chroniques et un status post prothèse totale du genou (PTG) droit en 2011. Ce rapport concluait à une très importante altération synovitique plus accentuée au niveau de la main droite que de la main gauche, ainsi qu'à une ténosynovite des fléchisseurs plus marquée à droite qu'à gauche.

Se déterminant le 15 octobre 2020, l'intimé a relevé que l'IRM susmentionnée n'était qu'une « *photographie ou image* » et qu'il manquait à ce stade un rapport détaillé émanant de la Dre K.\_\_\_\_\_.

Par envoi du 13 novembre 2020, la recourante a produit céans :

- un rapport de la Dre K.\_\_\_\_\_ du 24 septembre 2020 exposant notamment ce qui suit :

"Mme V.\_\_\_\_\_, connue pour des gonalgies droites chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs ayant nécessité la mise en place d'une prothèse totale le 26.08.2011, a développé en octobre 2008 des rachialgies inflammatoires, attribuées par nos collègues de la policlinique de rhumatologie du Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_ à une spondylarthropathie HLA-B27 négative ou à la maladie coéliquaue. [...] Le bilan a été complété le 01.12.2014 par une IRM du rachis complet et des sacro-iliaques. Cet examen a montré des troubles dégénératifs rachidiens, sans arguments suffisants pour poser le diagnostic de spondylarthropathie. Sur la base de cette IRM, une origine non spécifique aux rachialgies chroniques a été retenue.

En 2020, Mme V.\_\_\_\_\_ présentait toujours d'importantes rachialgies maximales la nuit, entraînant de multiples réveils, accompagnées d'une raideur matinale de 45 minutes, ne répondant pas aux antalgiques, aux anti-inflammatoires, ni à la physiothérapie.

En été 2020, Mme V.\_\_\_\_\_ a développé des douleurs inaugurales inflammatoires des MCP, accompagnées d'une tuméfaction, maximales le matin, accompagnées d'un manque de force et de lâchage d'objets. Pendant quelques semaines, la patiente a présenté des paresthésies diffuses des doigts qui ont spontanément disparu.

[...]

En conclusion, Mme V.\_\_\_\_\_ présente des synovites des mains, possiblement dans le cadre d'une polyarthrite séronégative et non érosive débutante."

- un courrier électronique de la Dre K.\_\_\_\_\_ du 2 octobre 2020, soulignant que la capacité de travail de 70 % reconnue par l'intimé n'englobait pas la problématique des mains qui s'était développée dès l'été 2020, que pour cette nouvelle atteinte à la santé la capacité de travail n'excédait pas les 20 à 30 % en raison des douleurs et d'une importante limitation fonctionnelle (lâchage d'objets, incapacité de faire des travaux de force et des travaux fins répétés avec les mains) et qu'à cela s'ajoutait l'incapacité de travail secondaire aux rachialgies chroniques.

Prenant position le 3 décembre 2020 sur la base d'un avis médical SMR de la Dre M.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> décembre 2020, l'OAI a relevé que l'atteinte survenue au cours de l'été 2020 était postérieure à la décision attaquée et qu'elle ne pourrait donc être examinée que dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations.

Par acte du 16 décembre 2020, la recourante a formellement requis de l'OAI qu'il instruisse, après le jugement à venir, sa nouvelle atteinte à la santé au niveau des mains.

Le 25 mars 2021, la recourante a versé au dossier un compte-rendu établi le 15 mars 2021 par la Dre L.\_\_\_\_\_. Cette dernière y exposait que l'intéressée l'avait consultée pour la première fois en janvier 2010 pour un état dépressif et anxieux d'intensité moyenne avec pour facteur de stress ses inquiétudes concernant « *son avenir (AI)* » et ses douleurs physiques. Un anxiolytique avait été prescrit, une amélioration était survenue en juin 2010 et le suivi avait été stoppé en septembre 2010. La patiente était ensuite revenue en 2016 dans le cadre d'une remise en question de la rente d'invalidité et d'une demande réadaptation, présentant à nouveau des symptômes anxieux et dépressifs liés principalement aux soucis relatifs à « *son avenir (AI)* » et ses douleurs physiques. Après un traitement par anxiolytique et hypnose, le suivi avait

été interrompu en 2017. Puis, l'intéressée était revenue en 2020 pour des abus d'alcool sans trouble dépressif ou anxieux, avec un arrêt du suivi en août 2020. Pour la Dre L.\_\_\_\_\_, les troubles dépressifs et anxieux étaient toujours liés aux questions relatives à l'assurance-invalidité et aux douleurs, et étaient résolus en quelques mois ; il n'y avait pas d'incapacité de travail indépendante de ces facteurs de stress.

Le 8 avril 2021, la recourante a produit un rapport établi le 1<sup>er</sup> avril 2021 par le Dr J.\_\_\_\_\_, neurochirurgien. Ce dernier y indiquait avoir été consulté suite à l'apparition de lombosciatalgies droites le 25 décembre 2020, sans facteur déclenchant. Suite à une IRM lombaire effectuée en février 2021, une première infiltration avait été effectuée le 18 février 2021, avec une amélioration durant une semaine, avant une seconde infiltration le 11 mars 2021, sans aucune amélioration. Le Dr J.\_\_\_\_\_ relevait que l'examen neurologique était rassurant, que l'on était surtout frappé par les douleurs déclenchées à la palpation de nombreuses articulations et que la corrélation radiologico-clinique était par conséquent mauvaise.

Se déterminant le 6 mai 2021, l'intimé s'est référé à des avis médicaux SMR des 12 et 19 avril 2021 confirmant la position défendue jusqu'alors par ce service.

Toujours le 6 mai 2021, la recourante a notamment produit :

- un rapport établi le 27 avril 2021 par la Dre K.\_\_\_\_\_, relevant que les douleurs s'étaient aggravées au fil des années de prise en charge, soulignant que de très importantes poussées d'arthrose postérieure lombaire bilatérale en L2-L3 et L3-L4 avaient justifié plusieurs infiltrations de stéroïdes sans modification des symptômes et exposant finalement que l'IRM réalisée en février 2021 avait mis en évidence une nette aggravation de l'arthrose lombaire ;

- un rapport d'IRM de la colonne lombaire du 13 février 2021, aux termes duquel le radiologue A.\_\_\_\_\_ concluait à une discarthrose

sévère en L5-S1 et une arthrose interfaccettaire sévère en L3-L4 et L4-L5, à deux hernies discales L4-L5 récessale gauche et L5-S1 foraminale gauche, ainsi qu'à un net canal lombaire étroit en L4-L5.

Prenant position le 3 juin 2021, l'intimé a considéré que les documents médicaux remis par la recourante n'étaient pas susceptibles de modifier sa position. Il a souligné que s'il était certes possible que l'état de santé de l'intéressée se soit péjoré postérieurement à la décision du 30 janvier 2020, une éventuelle aggravation pourrait être examinée dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations.

### **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.** En l'occurrence, est litigieuse la suppression, par voie de révision, de la rente entière d'invalidité allouée à la recourante depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2009.

**3.** Diverses modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022, dans le cadre du projet de révision « *développement continu de l'AI* » (modification du 19 juin 2020 de la loi

fédérale sur l'assurance-invalidité [RO 2021 705] ; modification du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité [RO 2021 706]). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste applicable en l'espèce compte tenu de la date de la décision litigieuse, rendue le 30 janvier 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).

**4. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). 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 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit 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 (art. 6 LPGA).

Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), 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 un trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

**b)** Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des

circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71).

**c)** Selon la jurisprudence, tant les affections psychosomatiques que les affections psychiques et les syndromes de dépendance primaires à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées ; voir également ATF 145 V 215 consid. 5 et 6.2). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

**5. a)** Pour pouvoir 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 une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement

exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas d'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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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 143 V 124 consid. 2.2.2 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 9C\_453/2017 & 9C\_454/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2).

Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

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).

**6.** En l'espèce, il convient de déterminer si un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité s'est produit depuis les décisions d'octroi d'une rente entière d'invalidité des 27 janvier et 14 mars 2011, justifiant la suppression du droit à cette prestation telle qu'arrêtée par l'intimé aux termes de sa décision du 30 janvier 2020.

**a)** A la suite de la demande de prestations déposée le 3 avril 2009, les documents médicaux recueillis ont mis en évidence des rachialgies inflammatoires dans le cadre d'une possible spondylarthropathie ou en lien avec une maladie cœliaque, ainsi que des lombalgies basses sur discopathie L4-L5 et L5-S1 et des gonalgies droites sur status post déchirure de la corne postérieure du ménisque interne et post ostéotomie de valgisation du tibia proximal droit. Il est plus particulièrement apparu que les rachialgies irradiaient dans les membres inférieurs et s'accompagnaient de douleurs aux épaules et d'arthralgies aux mains, ainsi que de réveils nocturnes fréquents, de raideurs matinales durant plus d'une heure et d'une fatigue importante ; en outre, 7 à 11 articulations sur 28 étaient tuméfiées, principalement au niveau des mains et du genou (cf. rapports du Dr U.\_\_\_\_\_ du 20 avril 2009, de la Dre N.\_\_\_\_\_ du 28 mai 2009, des Drs Z.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> septembre 2009, de la Dre K.\_\_\_\_\_ des 10 décembre 2009, 15 janvier 2010 et 26 février 2010 et de la Dre H.\_\_\_\_\_ du 29 mars 2010). Se

fondant sur ces éléments, le Dr W.\_\_\_\_\_ du SMR a considéré que compte tenu de l'atteinte inflammatoire, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (à savoir : utilisation des articulations, position debout autre qu'occasionnelle, positions statiques prolongées, tout effort physique) mais que le cas n'était toutefois pas stabilisé, une révision étant préconisée au terme d'une année (cf. rapport du 2 août 2010). Il en est résulté l'octroi d'une rente entière d'invalidité, à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2009 (cf. décisions des 27 janvier et 14 mars 2011).

**b)** Dans le cadre de la procédure de révision initiée en octobre 2011, l'OAI a successivement mis en œuvre deux évaluations rhumatologiques, la première sous la forme d'un examen clinique SMR auprès du Dr Q.\_\_\_\_\_ en 2012 et la seconde sous la forme d'une expertise réalisée par le Dr S.\_\_\_\_\_ en 2013. C'est sur la base de l'analyse effectuée en 2012 par le Dr Q.\_\_\_\_\_ que l'intimé a rendu la décision attaquée, en date du 30 janvier 2020.

**aa)** Il est vrai que plusieurs années séparent les évaluations susdites de la décision entreprise. Néanmoins, l'écoulement du temps n'altère pas, à lui seul, la valeur probante d'un rapport médical (TF 9C\_718/2015 du 22 mars 2016 consid. 6 et les références citées).

**bb)** Pour autant, ni l'évaluation du Dr Q.\_\_\_\_\_, ni celle de l'expert S.\_\_\_\_\_ ne sont susceptibles de se voir reconnaître une pleine valeur probante.

**aaa)** Du point de vue diagnostique, les deux médecins précités ont exclu la présence d'une spondylarthrite (cf. rapport d'examen du 6 août 2012 p. 10 et rapport d'expertise du 7 novembre 2013 p. 9) et estimé que la symptomatologie douloureuse devait être mise en lien avec des troubles statiques et dégénératifs du rachis mais également avec la maladie coéliquue de l'assurée (cf. rapport d'examen du 6 août 2012 p. 8 et rapport d'expertise du 7 novembre 2013 p. 9). Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a de surcroît fait état de douleurs et limitations fonctionnelles du genou droit

dans le cadre d'un status après plusieurs interventions chirurgicales (dont la pose d'une prothèse totale), de gonarthrose gauche modérée et de coxarthrose bilatérale modérée à prédominance gauche (cf. rapport d'examen du 6 août 2012 p. 8). Quant à l'expert S.\_\_\_\_\_, il a également rattaché les douleurs présentes depuis 2008 à des troubles dégénératifs coxo-fémoraux et a mentionné - certes lors de l'examen de la capacité de travail et non sous la rubrique consacrée aux diagnostics - des atteintes dégénératives des genoux (cf. rapport d'expertise du 7 novembre 2013 p. 9). En définitive, les diagnostics retenus par ces deux médecins sont donc essentiellement assimilables.

Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a par ailleurs estimé que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré dès lors que l'intéressée ne présentait plus de tuméfactions articulaires (hormis au genou droit où elle avait bénéficié de la pose d'une prothèse totale) et que les rachialgies - même si elles connaissaient un horaire inflammatoire - n'étaient plus accompagnées de raideur matinale, la mobilité lombaire en flexion étant du reste étonnamment excellente ; à cela s'ajoutait que les douleurs ne réveillaient plus l'assurée à 1h ou 2h du matin mais à 5h (cf. rapport d'examen du 6 août 2012 p. 10). Quant à l'expert S.\_\_\_\_\_, il a considéré qu'au vu du dossier et de l'examen réalisé par ses soins, le degré d'incapacité de travail avait évolué favorablement (cf. rapport d'expertise du 7 novembre 2013 p. 10). Au final, tant le Dr Q.\_\_\_\_\_ que le Dr S.\_\_\_\_\_ ont donc noté une évolution positive depuis la procédure antérieure.

S'agissant plus particulièrement de l'évaluation de la capacité de travail en lien avec cette évolution favorable, les Drs Q.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_ ont tous deux retenu que l'activité habituelle demeurerait inexigible, essentiellement en raison des déplacements impliqués dans ce contexte (cf. rapport d'examen du 6 août 2012 p. 11 et rapport d'évaluation du 29 novembre 2012 ; cf. rapport d'expertise du 7 novembre 2013 p. 10). Ils ont en revanche adopté des positions divergentes concernant l'exigibilité d'une activité adaptée. En effet, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a conclu à une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles au niveau du rachis (alternance des positions

assise et debout deux fois par heure, pas de soulèvement ou de port régulier de charges au-delà de cinq kilos, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations, pas de mouvements répétés de flexion-extension de la nuque, pas de rotations rapides de la tête, pas de positions prolongées en flexion ou extension de la nuque) et des membres inférieurs (pas de genuflexion répétée, pas de franchissement d'escabeau ou d'échelle, pas de marches en terrain irrégulier, pas de franchissement régulier d'escaliers, pas de position debout de plus de dix minutes, pas de marche de plus d'une demi-heure), cela depuis la date du rapport de la Dre K. \_\_\_\_\_ du 30 décembre 2011 décrivant un status superposable à celui qu'il avait constaté (cf. rapport d'examen du 6 août 2012 p. 11). De son côté, l'expert S. \_\_\_\_\_ a considéré que la capacité de travail était de 50 % dans une activité professionnelle légère autorisant des changements fréquents de position, évitant les ports de charges, les mouvements en porte-à-faux du rachis lombaire et les déplacements à pieds sur de longues distances (cf. rapport d'expertise du 7 novembre 2013 p. 9 ss) ; l'expert a ultérieurement précisé, le 13 décembre 2013, que ce taux était exigible dès l'examen réalisé en mai 2012 par le Dr Q. \_\_\_\_\_, lequel avait pour la première fois fait état d'une capacité résiduelle de travail chez l'assurée.

Or aucun de ces deux avis ne peut être considéré comme convaincant.

**bbb)** D'une part, il y a lieu de rappeler que Dr Q. \_\_\_\_\_ avait préconisé la mise en œuvre d'un nouvel examen rhumatologique en raison, notamment, de l'apparition d'arthralgies des chevilles postérieurement à son évaluation (cf. avis médical SMR du 11 juin 2013). Implicitement, il a donc concédé que son appréciation méritait d'être complétée et qu'elle n'était, corrélativement, pas suffisante en l'état. Or si l'expert S. \_\_\_\_\_ a certes relevé des plaintes au niveau des chevilles (cf. rapport d'expertise du 7 novembre 2013 p. 7), il ne s'est toutefois guère positionné quant à l'impact de cette symptomatologie spécifique, notamment quant à l'existence de limitations fonctionnelles particulières. Il s'ensuit qu'au final, les arthralgies des chevilles n'ont été englobées

dans aucune des deux appréciations rhumatologiques précitées. Sous cet angle déjà, tant l'évaluation du Dr Q. \_\_\_\_\_ que celle de l'expert S. \_\_\_\_\_ apparaissent donc lacunaires.

D'autre part, il convient de souligner que la capacité de travail de 70 % retenue par le Dr Q. \_\_\_\_\_ dans une activité adaptée résultait d'une amélioration de l'état de santé de la recourante, en ce sens que cette dernière ne présentait plus de tuméfactions articulaires (sauf au genou droit), que les rachialgies inflammatoires n'étaient désormais plus accompagnées d'une raideur matinale, que la mobilité lombaire en flexion était bonne et que les douleurs ne réveillaient plus l'assurée à 1h ou 2h mais à 5h (cf. rapport d'examen du 6 août 2012 p. 10). Il apparaît, en d'autres termes, que le Dr Q. \_\_\_\_\_ s'est fondé sur son examen clinique et l'évolution des plaintes de la recourante pour fixer le plus objectivement possible l'exigibilité d'une activité adaptée. Quant à l'expert S. \_\_\_\_\_, il a fixé à 50 % la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée en s'appuyant sur l'impact des douleurs chroniques persistantes de l'assurée, au regard de ses atteintes objectives à la santé mais également de la manière dont elle gérait son état douloureux chronique au quotidien (cf. rapport complémentaire du 13 décembre 2013). L'expert S. \_\_\_\_\_ semble ainsi avoir fortement tenu compte de la manière dont la recourante ressentait et assumait son état de santé au quotidien, sans réellement se prononcer sur ce qui était raisonnablement exigible le plus objectivement possible. Dans cette mesure, l'évaluation du Dr Q. \_\_\_\_\_ apparaît mieux étayée que celle de l'expert S. \_\_\_\_\_. Pour autant, elle n'est pas non plus satisfaisante. En effet, le Dr Q. \_\_\_\_\_ s'est notamment fondé sur l'absence de raideur matinale et l'absence de douleurs nocturnes avant 5h du matin, alors même que l'expert S. \_\_\_\_\_ a clairement signalé une « *raideur matinale relativement brève de l'ordre de quelques minutes* » (cf. rapport d'expertise du 7 novembre 2013 p. 7), ainsi que des douleurs diurnes mais aussi nocturnes insomniantes (cf. rapport complémentaire du 13 décembre 2013). Ainsi, dès lors que l'expertise réalisée en 2013 laissait suggérer une évolution de la symptomatologie de l'assurée, on pouvait en conséquence attendre de l'OAI qu'il interpelle à tout le moins le Dr Q. \_\_\_\_\_ avant de statuer en se

fondant sur les conclusions émises en 2012 par ce médecin. Sous cet angle également, l'instruction diligentée par l'intimé n'est donc pas satisfaisante.

Dans ces conditions, on ne saurait souscrire à l'avis médical SMR du 9 janvier 2014, par lequel la Dre M.\_\_\_\_\_ a estimé qu'il y avait lieu de s'en tenir à l'appréciation du Dr Q.\_\_\_\_\_.

**cc)** Les autres pièces au dossier ne permettent pas davantage d'appréhender l'aspect somatique à satisfaction de droit.

**aaa)** Pour ce qui est de la Dre K.\_\_\_\_\_, elle a réfuté toute capacité résiduelle de travail chez sa patiente, mettant constamment en avant la péjoration de l'état de santé de cette dernière.

Dite praticienne a initialement mentionné une aggravation liée à l'exacerbation des douleurs sous forme de cervico-scapulalgies, de lombalgies et de douleurs sacro-iliaques (cf. rapport du 31 décembre 2011), soulignant en outre une asthénie importante (cf. rapport du 22 mars 2013). Elle a également évoqué le développement, depuis 2012, d'arthralgies périphériques au niveau des épaules, des coudes, des mains, du genou et des chevilles (cf. rapport du 31 mai 2013). Force est toutefois de rappeler que l'existence de douleurs lombaires, des épaules et des mains avait déjà été répertoriée lors de la procédure antérieure (cf. rapports du Dr U.\_\_\_\_\_ du 20 avril 2009, de la Dre N.\_\_\_\_\_ du 28 mai 2009 et des Drs Z.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> septembre 2009) ; on ne saurait donc y voir un signe d'aggravation de l'état de santé de la recourante. L'étendue des douleurs de l'assurée - y compris au niveau des coudes et des fesses - a du reste été intégrée à l'analyse du Dr Q.\_\_\_\_\_ (cf. rapport d'examen du 6 août 2012 p. 2 s., 5 et 8 ss) comme à celle de l'expert S.\_\_\_\_\_ (cf. rapport d'expertise du 7 novembre 2013 p. 7 ss), à l'instar de l'asthénie (cf. rapport d'expertise du 7 novembre 2013 p. 7 ; cf. avis médical SMR du 16 mai 2013), et la Dre K.\_\_\_\_\_ n'apporte aucun élément objectif montrant que ces éléments auraient été pris en compte de manière incorrecte. Seule fait exception l'apparition en 2012

d'arthralgies au niveau des chevilles, dont le Dr Q.\_\_\_\_\_ a concédé qu'elles pouvaient poser la question d'une aggravation (cf. avis médical SMR du 11 juin 2013). Toutefois, à l'image de l'expert S.\_\_\_\_\_ (cf. consid. 6b/bb/bbb supra), la Dre K.\_\_\_\_\_ n'a pas exposé en quoi cet élément pouvait objectivement générer une diminution de la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée.

La Dre K.\_\_\_\_\_ a ultérieurement mentionné une péjoration en lien avec une augmentation des douleurs, une raideur matinale d'environ une heure et une évolution de l'atteinte dégénérative au niveau lombaire (cf. rapport du 28 avril 2016). On ne saurait toutefois se contenter d'une telle appréciation. En effet, la seule allégation de douleurs - respectivement l'aggravation de celles-ci - n'est pas déterminante du point de vue du droit aux prestations mais doit être corrélée à des observations médicales concluantes, cela dans le but d'assurer une égalité de traitement entre les assurés et compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 ; TF 8C\_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 4.4 et la référence citée). Or la Dre K.\_\_\_\_\_ n'a pas procédé à une telle corrélation, mais s'est limitée à des affirmations catégoriques ou très partiellement motivées. A cela s'ajoute que la raideur matinale d'environ 1 heure signalée par cette praticienne est de durée inférieure à celle qui prévalait lors de la procédure antérieure (« > 1h » [cf. rapport du 1<sup>er</sup> septembre 2009 des Drs Z.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_]), ce qui n'est guère symptomatique d'une aggravation mais bien plutôt d'une amélioration. En revanche, on ne peut nier une évolution défavorable de l'atteinte lombaire telle qu'attestée dans le rapport d'IRM du 12 avril 2016 de la Dre P.\_\_\_\_\_, laquelle a expressément signalé une arthrose postérieure lombaire bilatérale modérée avec des poussées congestives très importantes en L2-L3 et L3-4, probablement « *en petite aggravation* » depuis de précédents examens réalisés en 2014. Néanmoins, ni la Dre K.\_\_\_\_\_, ni le SMR (dont le rapport du 4 juillet 2016 établi par la Dre M.\_\_\_\_\_ ne contient aucune référence à l'aggravation constatée à l'IRM) ne se sont prononcés sur l'impact concret de cette évolution tant sous l'angle des limitations

fonctionnelles que de la capacité résiduelle de travail. Là encore, l'instruction apparaît donc lacunaire.

On ne tire pas de plus amples éclaircissements des rapports de la Dre K.\_\_\_\_\_ produits céans. S'agissant des rachialgies, dite praticienne s'est en effet limitée à affirmer leur persistance avec notamment des réveils nocturnes et une raideur matinale désormais limitée à 45 minutes (cf. rapport du 24 septembre 2020, courrier électronique du 2 octobre 2020 et rapport du 27 avril 2021), mais ne s'est pas prononcée concrètement du point de vue de la capacité de travail. La Dre K.\_\_\_\_\_ a par ailleurs signalé l'apparition, durant l'été 2020, de douleurs au niveau des mains assimilées à des synovites possiblement dans le cadre d'une polyarthrite séronégative et non érosive débutante (cf. rapport du 24 septembre 2020 ; cf. également rapport du Dr C.\_\_\_\_\_ du 15 septembre 2020), se répercutant sur la capacité de travail et engendrant une importante limitation fonctionnelle (cf. courrier électronique du 2 octobre 2020). Cette évolution est toutefois clairement postérieure à la décision entreprise, datée du 30 janvier 2020, et échappe ainsi au cadre temporel de l'examen du juge (TF 9C\_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 4). Le même constat s'impose à l'égard des conclusions du rapport d'IRM lombaire du 13 février 2021 postérieur à la décision entreprise de plus d'une année, en lien avec une symptomatologie ayant débuté à le 25 décembre 2020 et ayant motivé une consultation auprès du Dr J.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 1<sup>er</sup> avril 2021).

En résumé, les constatations émises par la Dre K.\_\_\_\_\_ ne permettent certes pas de trancher le présent litige mais évoquent à tout le moins une évolution des troubles dégénératifs de l'assurée en avril 2016, soit près de quatre ans avant la décision litigieuse. Sous cet angle aussi, l'instruction menée par l'OAI n'est donc pas satisfaisante.

**bbb)** Pour le surplus, il est constant que le Dr D.\_\_\_\_\_ n'a fait état d'aucune atteinte incapacitante (cf. rapport du 28 novembre 2011). En outre, si le Dr F.\_\_\_\_\_ a décrit une situation en aggravation avec des douleurs journalières insomniantes (cf. rapport du 11 mai 2016),

ce médecin n'a en revanche aucunement objectivé son appréciation. Il n'a pas non plus détaillé en quoi l'état de santé physique de sa patiente contre-indiquait une réadaptation (cf. certificat médical du 28 juin 2017).

**dd)** Compte tenu des carences mises en lumière dans les considérants qui précèdent, la Cour de céans n'est dès lors pas en mesure de se positionner en connaissance de cause sur les troubles somatiques présentés par la recourante et leur impact éventuel sur sa capacité de travail.

**c)** Il résulte par ailleurs du dossier que la recourante était déjà connue, lors de la procédure initiale, pour des troubles dépressifs réactionnels avec abus d'alcool (cf. rapports des 20 avril et 18 mai 2009 du Dr U. \_\_\_\_\_ ; cf. rapport du 29 mai 2009 du Dr R. \_\_\_\_\_), lesquels n'ont toutefois pas eu d'incidence sur le droit à la rente reconnu dès le 1<sup>er</sup> octobre 2009.

Dans le cadre de la procédure de révision entamée au mois d'octobre 2011, une problématique psychique a été à nouveau évoquée.

Le Dr F. \_\_\_\_\_ a ainsi signalé une tendance tant à la prise d'anxiolytiques qu'à l'abus d'alcool (cf. rapport du 11 mai 2016), puis a mentionné une problématique psychologique susceptible de faire obstacle à une réadaptation (cf. certificat médical du 28 juin 2017). On doit toutefois admettre que ces seules assertions, dépourvues de motivation, ne permettent guère de se positionner.

La Dre L. \_\_\_\_\_ a par ailleurs attesté le 20 juin 2017 d'un état dépressif moyen, existant depuis plusieurs mois. Dans un rapport du 15 mars 2021, cette psychiatre a précisé avoir pris en charge l'assurée de janvier à septembre 2010 puis entre 2016 et 2017 pour des troubles dépressifs et anxieux, ainsi qu'entre 2020 et le mois d'août 2020 pour des abus d'alcool. Elle a souligné que les troubles dépressifs et anxieux étaient toujours liés aux questions relatives à l'assurance-invalidité et aux douleurs, qu'ils étaient résolus en quelques mois et qu'il n'y avait pas

d'incapacité de travail indépendante de ces facteurs de stress. Ce nonobstant, en présence d'une assurée présentant simultanément une problématique psychiatrique et une problématique somatique, on ne saurait faire l'impasse sur une appréciation consensuelle permettant de faire le lien entre ces deux composantes et, cas échéant, de se prononcer sur l'interaction entre les différentes atteintes tant physiques que psychiques - d'autant que la Dre L. \_\_\_\_\_ a explicitement fait référence au lien entre l'aspect psychique et les douleurs physiques. Partant, là encore, il n'est pas possible à la Cour de céans de statuer en l'état.

**d)** Il convient encore de relever, à ce stade, qu'aucun avis spécialisé - rhumatologique ou psychiatrique - ne s'est prononcé quant à l'échec des mesures de réadaptation professionnelle mises en œuvre entre 2015 et 2016, soit dès le moment où l'assurée a atteint l'âge de 55 ans révolus (cf. ATF 141 V 5 consid. 4). Néanmoins, attendu que les difficultés rencontrées en cours de stage ont été expliquées par l'exacerbation des douleurs mais également par l'attitude de l'assurée, il appert que ces éléments méritent d'être intégrés à l'analyse, en particulier dans le cadre de la procédure probatoire structurée à l'aide d'indicateurs instituée par le Tribunal fédéral pour l'examen des troubles psychosomatiques, des atteintes psychiques et des syndromes de dépendance (ATF 141 V 281 ; cf. consid. 5b supra).

**7.** Sur le vu de ce qui précède, et quand bien même l'assurée - née le [...] 1960 - est actuellement âgée de près de 62 ans (cf. ATF 138 V 457 consid. 3.1 et 3.3 sur les assurés proches de l'âge de la retraite), il apparaît donc que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière satisfaisante et qu'il convient plus particulièrement de compléter l'instruction en vue de déterminer si l'intéressée présente des atteintes à la santé d'ordre somatique ou psychique susceptibles d'influer sur sa capacité de travail et de gain et, partant, sur la révision de son droit à une rente d'invalidité.

Dès lors que c'est à l'OAI qu'il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure

dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA, il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à cet office, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi à l'intimé de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire conformément à l'art. 44 LPGA comportant un volet psychiatrique et un volet rhumatologique, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune. Cela fait, il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante.

Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu de se positionner sur les autres arguments des parties.

**8. a)** En conclusion, le recours est admis et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants puis nouvelle décision.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, compte tenu de l'issue du litige.

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 2'500 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.

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

**I.** Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 30 janvier 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.
- III. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à V.\_\_\_\_\_ la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs), à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Karim Hichri (pour V.\_\_\_\_\_),
- 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 :