

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 octobre 2021

Composition : Mme DESSAUX, présidente

Mme Feusi et Saïd, assesseures

Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

N. _____, à [...], recourante, représentée par CAP Protection Juridique SA,

et

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

Art. 28 LAI ; 16 et 17 LPG

E n f a i t :

A. Le 13 novembre 2017, N._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1967, a rempli une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), qui l'a réceptionnée le 15 novembre 2017. Elle y a indiqué qu'elle était en totale incapacité de travail dans son poste d'employée viticole depuis le 26 juin 2017 en raison de douleurs lombaires.

Selon les rapports des 5 septembre et 16 novembre 2017 de la Dre C._____, médecin généraliste traitante, l'assurée présentait des lombalgies chroniques sur un bombement discal entrant en conflit avec les racines L5 et S1 des deux côtés, ainsi qu'une arthrose interépineuse et interfacettaire en L4-L5 et L5-S1 en poussée. Ces atteintes entraînaient une totale incapacité de travail. Elle souffrait en outre d'une maladie de Ménière et d'une carence martiale d'origine gynécologique non incapacitantes.

Dans un rapport à l'OAI du 13 juillet 2018, la Dre C._____ a posé le diagnostic de lombopyralgies chroniques gauches avec sciatalgies intermittentes persistantes après micro-discectomie et foraminotomie L5-S1 gauche et a précisé qu'un diagnostic de fibromyalgie avait été retenu par un expert. La capacité de travail de l'assurée était nulle tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. En annexe, la Dre C._____ a notamment transmis un rapport du 30 avril 2018 du Dr S._____, médecin praticien, ainsi qu'un rapport du 29 septembre 2018 (dont la version complète figure dans le dossier perte de gain reçu par l'OAI) du Dr X._____, spécialiste en rhumatologie, médecine interne générale, médecine physique et réadaptation. Ces médecins retenaient, en lien avec le diagnostic de lombopyralgies, un déconditionnement physique et psychique, une tendance à l'hypermobilité, respectivement une laxité ligamentaire, une kinésiophobie, des troubles statiques et dégénératifs du rachis avec projection antérieure du tronc et relâchement de la sangle abdominale, un probable trouble fonctionnel de la charnière

dorso-lombaire et de l'articulation sacro-iliaque et un probable syndrome douloureux du muscle pyramidal gauche.

Dans un avis du 29 avril 2019, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a reconnu que l'atteinte lombaire dont souffrait l'assurée était incompatible avec son métier de viticultrice, mais a relevé qu'une activité adaptée biomécaniquement devrait être exigible et qu'il était nécessaire de pouvoir disposer de l'expertise rhumatologique mandatée par l'assurance perte de gain à laquelle les médecins avaient fait référence.

Le 28 mai 2019, l'OAI a réceptionné le rapport de l'expertise médicale réalisée à la demande de l'assureur perte de gain par le Dr J._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale. Ce rapport, daté du 12 février 2018, comportait les conclusions suivantes :

« **6.2 Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail :**

o Syndrome lombovertébral récurrent sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire

- **status post-fenestration inter-lamaire L5-S1 G [gauche]**
- **micro-disectomie et foraminotomie interne et externe L5-S1 G le 05.12.2017.**

6.3 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :

- o Status post-arthroscopie du genou D [droit] en 2014**
- o Syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent de type fibromyalgie**
- o Status post-opération de polypes nasaux en 1998**
- o Status post-opération d'un fibrome du sein G en 2003.**

[...]

7. UNE REPRISE DU TRAVAIL EST-ELLE EXIGIBLE ?

7.1 Dans l'activité habituelle

Dans son activité habituelle d'ouvrière en viticulture, au vu du status postopératoire récent et des sollicitations physiques, sa capacité de travail est actuellement nulle. Elle peut être estimée à 50% d'ici 2 mois à augmenter de 10-20% par mois.

7.2. Dans une activité adaptée à l'état de santé

Médico-théoriquement, oui, à 30% dès ce jour puis à augmenter de 10-20% par mois ce qui lui permettrait de bénéficier d'une prise en charge physiothérapeutique bien conduite.

8. ACTIVITE ADAPTEE

8.1 Si un changement de profession s'avère nécessaire, quels critères médicaux doivent satisfaire l'activité adaptée ?

Les limitations fonctionnelles sont les ports de charge en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5-10kg de manière répétitive. »

Dans un avis du 29 mai 2019, le SMR a estimé que ce rapport d'expertise n'emportait pas conviction en ce qui concerne le taux de la capacité de travail exigible dans l'activité d'origine, relevant que les limitations fonctionnelles décrites ne pouvaient pas être respectées dans l'activité d'ouvrière viticole. A sa demande, un examen rhumatologique de l'assurée a été mis en œuvre au SMR.

Dans un rapport à l'OAI du 7 juin 2019, la Dre C._____ a fait savoir qu'on ne pouvait s'attendre à aucune amélioration de la situation de l'assurée, qui présentait des douleurs persistantes.

Un examen clinique rhumatologique a été réalisé au SMR le 20 août 2019 par le Dr Z._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie. Dans son rapport du 18 septembre 2019, il a pris les conclusions suivantes :

« DIAGNOSTICS

Avec répercussion durable sur la capacité de travail Diagnostic principal

- **LOMBOSCIATALGIES BILATÉRALES DANS LE CADRE DE DISCRETS TROUBLES STATIQUES DU RACHIS ET DE TROUBLES DÉGÉNÉRATIFS DU RACHIS LOMBAIRE AVEC STATUS APRÈS OPÉRATION LOMBAIRE.**

[...]

Sans répercussion sur la capacité de travail

- **FIBROMYALGIE.**
- **STATUS APRÈS ARTHROSCOPIE DU GENOU D.**
- **DISCRET STATUS VARIQUEUX DES MI [membres inférieurs].**
- **EXCÈS PONDÉRAL AVEC BMI À 26.**

[...]

Limitations fonctionnelles

Rachis : nécessité de pouvoir alterner 2 x/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.

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

Depuis le 26.06.2017, selon le rapport de la Dresse C. _____ du 29.01.2018 à la Commission administrative pour la sécurité sociale des travailleurs migrants.

Comment le degré d'incapacité de travail et le rendement ont-ils évolué depuis lors ?

L'IT [incapacité de travail] est restée totale dans l'activité d'ouvrière viticole depuis le 26.06.2017. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux LF [limitations fonctionnelles] requises par la pathologie ostéoarticulaire, la CT [capacité de travail] est de 70 % depuis le 05.06.2018, soit six mois après l'opération lombaire. »

Par projet de décision du 11 novembre 2019, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui octroyer une rente entière d'invalidité du 1^{er} juin 2018 au 30 septembre 2018 puis un quart de rente dès le 1^{er} octobre 2018. Il a retenu que son état de santé s'était amélioré et qu'elle pouvait, depuis juin 2018, travailler à 70 % dans une activité adaptée, ce qui lui permettrait de réaliser un revenu de 34'696 fr. 27, calculé sur la base des données salariales statistiques et comprenant un abattement de 10 % en raison de ses limitations fonctionnelles, de son âge et de ses années de service. Dans la mesure où son revenu sans invalidité aurait été de 62'000 fr., son taux d'invalidité se montait à 44,04 %.

L'assurée a présenté ses objections par courrier du 18 novembre 2019, contestant avoir retrouvé une capacité de travail de 70 %. Le 10 janvier 2020, elle a fait parvenir à l'OAI un certificat d'arrêt de travail établi le 23 décembre 2019 par la Dre C. _____ pour la période du 26 juin 2017 au 23 décembre 2019 et un rapport du Dr S. _____ du 30 décembre 2019, qui considérait que dans une activité adaptée sédentaire, avec comme limitation une position assise durant maximum 30 minutes, une position debout stationnaire limitée à 5 minutes, un port de charge sol-taille impossible, limité à 4 kg à la hauteur de taille et à 5 kg de la taille à la tête, elle avait une limitation de rendement de 50 %, tenant compte de ses activités annexes.

L'assurée a complété ses objections par courrier de son mandataire du 28 février 2020. Elle a fait valoir que son état de santé ne s'était pas amélioré depuis le mois de juin 2018 et a reproché à l'OAI de ne pas avoir instruit la problématique d'une éventuelle fibromyalgie. Elle a produit un rapport établi le 18 février 2020 par la Dre C._____, qui indiquait qu'il n'y avait pas eu d'amélioration de l'état de santé de l'assurée depuis juin 2018, qu'elle ne pouvait rester assise plus de 30 minutes ou debout immobile plus de 5 minutes, ne pouvait pas porter de charge du sol à la taille, pouvait soulever 4 kg à hauteur de la taille et 5 kg de la taille à la tête, et devait éviter les positions en porte-à-faux, la flexion antérieure du tronc ainsi que les mouvements de torsion. La Dre C._____ estimait que dans une activité professionnelle tenant compte de ces limitations, la capacité de travail était de 50 % à partir du 1^{er} mars 2020.

L'assurée a également fait parvenir à l'OAI un rapport du 27 mars 2020 du Dr S._____, qui contestait l'existence d'une amélioration de son état de santé à compter du 5 juin 2018. Il a retenu des limitations fonctionnelles analogues à celles fixées par la Dre C._____, y rajoutant un périmètre de marche limité à 20-30 minutes, et a considéré que sa capacité de travail était de 50 % depuis le 1^{er} mars 2020. Il a précisé que l'IRM du 16 avril 2019 montrait une inflammation bien présente, participant à la baisse de rendement et d'exigibilité.

Dans un avis du 5 août 2020, le SMR a estimé que le Dr S._____ faisait une appréciation différente d'un même état de fait puisqu'aucune pathologie n'était apparue entre l'examen rhumatologique SMR et la dernière consultation auprès de ce médecin.

Par courrier du 11 août 2020, l'OAI a informé l'assurée que sa contestation n'apportait aucun élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position.

Par décision du 26 octobre 2020, l'OAI, par l'intermédiaire de la caisse AVS, a octroyé à l'assurée un quart de rente d'invalidité à partir

du 1^{er} novembre 2020 et a annoncé que la décision concernant la période du 1^{er} juin 2018 au 31 octobre 2020 lui parviendrait ultérieurement. La motivation annexée à cette décision reprenait les mêmes termes que le projet de décision, reconnaissant à l'assurée le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} juin 2018 au 30 septembre 2018, puis à un quart de rente dès le 1^{er} octobre 2018.

B. Par acte de son mandataire du 4 décembre 2020, N. _____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'elle est mise au bénéfice d'une rente d'invalidité entière à compter du 1^{er} juin 2018 pour une durée illimitée, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire puis nouvelle décision. Elle a contesté que son état de santé se fût amélioré depuis le 5 juin 2018, produisant à cet égard des rapports du Dr S. _____ du 16 novembre 2020, du Dr B. _____, spécialiste en neurochirurgie, du 20 novembre 2020 et de la Dre C. _____ du 24 novembre 2020. Elle a reproché à l'OAI une instruction lacunaire sur la question de la fibromyalgie. Elle a fait valoir, sur la base des rapports produits, que sa capacité de travail ne dépassait pas 50 % dans une activité adaptée et a indiqué que grâce à une amélioration de son état de santé pendant l'hiver 2019-2020, elle avait pu reprendre son activité professionnelle à 50 % à partir du 2 mars 2020. Elle a estimé qu'un abattement supérieur à 10 % devait être appliqué sur son revenu d'invalidé et a requis la mise en place d'une expertise judiciaire.

Dans sa réponse du 15 janvier 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a considéré que la fibromyalgie avait été investiguée à satisfaction de droit lors de l'examen clinique SMR et de l'expertise du Dr J. _____. La capacité de travail de 70 % avait été largement expliquée dans l'examen clinique SMR et les limitations fonctionnelles avaient été prises en compte dans l'abattement appliqué. L'OAI s'est par ailleurs référé à un avis du SMR du 6 janvier 2021, qui considérait que les rapports produits ne permettaient pas de modifier la décision et n'apportaient aucun élément nouveau. S'agissant du rapport du Dr S. _____, le SMR a

relevé que celui-ci était médecin praticien, et non rhumatologue, qu'il n'avait manifestement pas tenu compte de l'attitude démonstrative de la recourante et que le caractère inflammatoire ressortant de l'IRM d'avril 2019 dont il faisait mention avait été pris en considération par l'expert dans son évaluation. L'estimation du Dr B._____ n'était quant à elle pas recevable dans la mesure où ce médecin n'avait plus vu l'assurée depuis novembre 2018.

Le 8 février 2021, la recourante a communiqué qu'elle n'avait pas d'explications complémentaires à fournir.

En date du 8 juillet 2021, la recourante a transmis un rapport du 9 juin 2021 du Dr T._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, qui a posé les diagnostics suivants :

- « Lombopyalgies G chroniques sur :
- Status après microdiscectomie L5-S1 G (5.12.2017)
 - Déconditionnement musculaire stabilisateurs lombaires
 - Douleurs de micro instabilité L4-L5
 - Kinésiophobie
 - Composante myofasciale
 - Contexte psychosocial complexe
- Syndrome anxiodépressif ».

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) Lorsqu'un office de l'assurance-invalidité rend simultanément et avec effet rétroactif, en un ou plusieurs prononcés, des décisions par lesquelles il octroie une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée, il règle un rapport juridique complexe : le prononcé d'une rente pour la première fois et, simultanément, son augmentation, sa réduction ou sa suppression par application par analogie de la procédure de révision de l'art. 17 LPGA. Même si le recourant ne met en cause la décision qu'à propos de l'une des périodes entrant en considération, c'est le droit à la rente pour toutes les périodes depuis le début éventuel du droit à la rente jusqu'à la date de la décision qui forme l'objet de la contestation et l'objet du litige dans cette situation (ATF 125 V 413 consid. 2d).

Les mêmes règles sont applicables lorsque dans une situation analogue, l'office de l'assurance-invalidité procède en deux temps après la procédure de préavis, comme cela est fréquemment le cas : d'abord en fixant le droit aux prestations pour la période courante, dans une première décision formelle ; ensuite en fixant la rente pour la période précédente, dans une seconde décision formelle. Cette procédure permet de verser rapidement les prestations courantes et de laisser à la caisse de compensation le temps de calculer les prestations dues à titre rétroactif, en capital et intérêts, déduction faite des prestations compensées avec celles d'autres assureurs sociaux ou de tiers ayant versé des avances (cf. art. 71 LPGA ; art. 85bis RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Toutefois, même si l'assuré ne recourt que contre la première décision, le juge peut revoir le bien-fondé de la seconde décision relative à l'allocation de prestations pour une période antérieure.

b) En l'occurrence, le litige porte sur le point de savoir si c'est à juste titre que l'OAI n'a alloué à la recourante qu'un quart de rente d'invalidité à partir du 1^{er} octobre 2018, après lui avoir octroyé une rente entière du 1^{er} juin au 30 septembre 2018.

Au vu des principes susmentionnés, il est sans importance que la recourante ait fait recours seulement contre la décision du 26 octobre 2020, lui reconnaissant le droit à un quart de rente à partir du 1^{er} novembre 2020, puisque la motivation de cette décision indique explicitement que l'OAI lui reconnaît le droit à une rente entière du 1^{er} juin au 30 septembre 2018, puis à un quart de rente à compter du 1^{er} octobre 2018.

3. 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. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGa).

b) 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. La rente est

versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

c) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probante que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 ; TF 9C_159/2013 du 22 juillet 2013 consid. 4.1).

e) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques 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). La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

Le diagnostic doit résister à des motifs d'exclusion. Il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 ; TF 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de

lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitabile) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

4. a) Il est en l'occurrence admis que la recourante a présenté une totale incapacité de travail dès le 26 juin 2017. Sur la base de l'examen SMR du Dr Z._____, l'OAI estime cependant qu'elle a retrouvé une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée dès le 5 juin 2018, ce que la recourante conteste.

b) Il faut constater que le Dr Z._____ a pris ses conclusions de manière motivée en pleine connaissance du dossier médical de la recourante, notamment radiologique, sur la base d'une anamnèse complète, en tenant compte de ses plaintes et après avoir procédé à un examen clinique détaillé. Son rapport d'examen peut par conséquent se voir reconnaître une pleine valeur probante.

c) Il est admis par l'ensemble des médecins que la recourante présente des douleurs lombaires, qualifiées de lombosciatalgies bilatérales par le Dr Z._____, respectivement de lombopygialgies chroniques gauches avec sciatalgies intermittentes persistantes par les Drs C._____, S._____ et X._____. Elle a bénéficié d'une micro-discectomie L5-S1 gauche le 5 décembre 2017 qui n'a pas eu les effets escomptés (rapport du Dr S._____ du 30 décembre 2019), mais qui a tout de même apporté une amélioration dans le sens qu'elle ne reste plus bloquée au niveau du dos et a permis une diminution des douleurs dans la jambe (rapports du Dr B._____ du 20 novembre 2020 et du Dr T._____ du 9 juin 2021). Cette atteinte s'inscrit dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis, relevés par tous les médecins. Pour évaluer son

impact sur la capacité de travail de la recourante, le Dr Z._____ a procédé à un examen minutieux de la recourante sur les plans ostéoarticulaire et neurologique, ainsi qu'à la lecture des différentes IRM lombosacrées réalisées. Il a conclu que la capacité de travail dans l'activité d'ouvrière viticole était nulle et que dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles, il existait une incapacité de travail de 30 % au vu de la présence d'une cicatrice post-opératoire assez hypertrophique, qui occupe la partie latérale gauche du canal lombaire et engaine la racine S1 gauche, d'une arthrose apophysaire postérieure gauche, qui présente des caractères inflammatoires et potentialise le rétrécissement du canal par l'hypertrophie des facettes articulaires, de la présence d'altérations MODIC I et II en miroir à l'espace intersomatique L5-S1 gauche et d'une bursite interépineuse dans le cadre de phénomènes dégénératifs de type maladie de Bastrup au niveau des apophyses épineuses de L3-L4 et L4-L5. Il a expliqué qu'il n'y avait aucune raison biomécanique de retenir une incapacité de travail supérieure à 30 %, relevant d'ailleurs que la tolérance à la position assise en cours d'entretien avait été relativement bonne et que, malgré ses douleurs, l'assurée était encore capable de s'occuper de ses petites-filles, de confectionner les repas, de faire les commissions avec son mari, de faire la vaisselle et d'enlever la poussière à sa hauteur. Il a également tenu compte du fait qu'elle gardait une bonne intégration sociale et qu'elle avait été capable d'aller en voiture comme passagère au Portugal en été 2019 avec des pauses et une étape (rapport d'examen du 18 septembre 2019 pp. 11-12).

Dans son rapport du 13 juillet 2018, la Dre C._____ considère que la capacité de travail de la recourante est nulle dans toute activité, mais n'expose pas les raisons pour lesquelles l'exercice d'une activité adaptée, compatible avec les limitations fonctionnelles qu'elle retient (port de charges limité à 5 kg, absence de torsion et antéflexion du tronc, alternance des positions) ne serait pas possible. Dans un rapport du 7 juin 2019, la Dre C._____ mentionne qu'aucune tâche ne peut être exigée de la recourante, précisant qu'elle n'arrive pas à subvenir à l'entretien de son ménage et ne peut tenir dans la même position plus de 20 minutes. Cela contraste avec les éléments avancés par la recourante

lors de l'examen SMR, qui s'est tenu environ deux mois plus tard et à l'occasion duquel elle a précisé qu'elle se chargeait de plusieurs activités ménagères (confection des repas, vaisselle, enlever la poussière à sa hauteur, repassage durant 15 minutes) et qu'elle avait pu se rendre au Portugal avec son mari en voiture en août 2019 avec des pauses et une étape. Dans le rapport qu'elle a établi le 18 février 2020, la Dre C. _____ estime qu'il n'y a pas eu d'amélioration de l'état de santé de la recourante depuis juin 2018, mais qu'une capacité de travail de 50 % est en revanche envisageable à partir de mars 2020 dans une activité adaptée, sans position assise plus de 30 minutes ou debout immobile de plus de 5 minutes, sans port de charge du sol à la taille, avec un soulèvement de charges limité à 4 kg à hauteur de la taille et à 5 kg de la taille à la tête, sans positions en porte-à-faux, flexion antérieure ou de torsion du tronc. Dans son rapport suivant, daté du 24 novembre 2020, la Dre C. _____ précise qu'il y a eu une amélioration de la capacité de travail de la recourante pendant l'hiver 2019-2020, qui lui a permis de reprendre son activité professionnelle à 50 % à partir du 2 mars 2020. Elle n'apporte toutefois aucune explication médicale à cette amélioration.

Le Dr S. _____ a estimé, dans son rapport du 30 décembre 2019, que dans une activité adaptée sédentaire, avec comme limitation une position assise durant maximum 30 minutes, une position debout stationnaire limitée à 5 minutes, un port de charge sol-taille impossible, limité à 4 kg à la hauteur de taille et à 5 kg de la taille à la tête, la recourante avait une limitation de rendement de 50 %. Dans son rapport du 27 mars 2020, le Dr S. _____ indique que la capacité de travail de la recourante est de 50 % depuis le 1^{er} mars 2020, sans expliquer pourquoi il s'écarte de sa précédente appréciation et retient une date différente pour la récupération d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. Il ressort de ses différents rapports qu'il base ses conclusions sur l'évaluation des capacités fonctionnelles de la recourante à laquelle il a procédé, qu'il a comparée avec celle effectuée fin janvier 2019 après un séjour de réentraînement. Il reproche à cet égard à l'OAI de ne pas avoir fait réaliser une évaluation des capacités fonctionnelles de la recourante pour déterminer ses performances réelles (rapport du 16 novembre 2020).

Une telle évaluation ne saurait toutefois être déterminante chez une assurée présentant une kinésiophobie relevée par la plupart des médecins, y compris le Dr S._____, ainsi qu'un déconditionnement musculaire. Celle-ci fait en outre preuve d'une certaine démonstrativité et présente plusieurs signes comportementaux selon le Dr Z._____ (rapport d'examen du 18 septembre 2019 p. 12).

Le Dr S._____ considère que le Dr Z._____ n'a pas accordé de poids à l'apophysite inflammatoire mise en évidence par l'IRM du printemps 2019, associée à un status inflammatoire autour de l'étage discal, avec des signes de micro-instabilité et un tissu cicatriciel radiculaire. Il reproche à l'OAI d'avoir retenu que l'inflammation mise en évidence à l'IRM du 16 avril 2019 « était déjà préexistante de 2018 et ainsi ne devrait pas faire mal » (rapport du 16 novembre 2020). Contrairement à ce qu'indique le Dr S._____, le Dr Z._____ ne s'est pas contenté de mentionner ces éléments dans son rapport, mais en a tenu compte dans son appréciation, comme exposé ci-dessus. Par ailleurs, le médecin du SMR reconnaît l'impact de cette inflammation sur la capacité de travail de la recourante puisqu'il conclut, en raison des éléments mis en évidence à l'IRM d'avril 2019, à une diminution de la capacité de travail de 30 %.

Selon le Dr S._____, l'OAI a surestimé l'exigibilité de la recourante, notamment en ne tenant pas compte de l'hypermobilité articulaire et de la fibromyalgie qu'elle présente. Or, il ressort de son rapport d'examen que le Dr Z._____ a pris en compte la présence d'une fibromyalgie, diagnostic qu'il retient d'ailleurs expressément après avoir analysé les différents critères de dépistage (rapport d'examen p. 8). Concernant l'hypermobilité, il faut constater que le Dr S._____ a seulement évoqué une tendance à l'hypermobilité dans ses différents rapports, sans poser de diagnostic précis et motivé. Certes, le Dr Z._____ n'en fait pas mention dans son rapport d'examen. Cela s'explique à l'évidence par le fait qu'il n'a pas retrouvé d'éléments tendant à envisager un tel diagnostic durant l'examen minutieux auquel il a procédé, où il a constaté une mobilité normale des coudes, des poignets,

des chevilles et des pieds, et observé une flexion-extension des genoux de 145-0-0° des deux côtés (rapport d'examen p. 8).

La recourante a également produit un rapport établi par le Dr B._____ le 20 novembre 2020 à l'appui du recours. Ce médecin note cependant qu'il ne l'a plus vue depuis 2018 et admet qu'il n'est dès lors pas en mesure de se prononcer de façon précise.

Quant au Dr T._____, il estime la capacité de travail de la recourante à 50 % dans son rapport du 9 juin 2021. Son évaluation se base cependant sur le retentissement fonctionnel de ses douleurs, à la suite d'un auto-questionnaire. L'élément déterminant pour la fixation de la capacité de travail exigible n'est toutefois pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé. En d'autres termes, pour établir si on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif (ATF 135 V 215 consid. 7.2). Un auto-questionnaire des douleurs ne saurait par conséquent avoir valeur probante, plus particulièrement en présence, comme constaté en l'occurrence, d'une certaine démonstrativité et de plusieurs signes comportementaux.

Les différents rapports médicaux produits ne permettent ainsi pas de remettre en cause l'appréciation faite par le Dr Z._____ au sujet de l'impact de l'atteinte lombaire sur la capacité de travail de la recourante.

d) Comme mentionné, après avoir analysé les différents critères diagnostiques, le Dr Z._____ a confirmé le diagnostic de fibromyalgie auparavant posé par le Dr J._____ et repris par la Dre C._____ (rapports des 13 juillet 2018 et 7 juin 2019). Il juge cette atteinte sans répercussion sur la capacité de travail, relevant notamment des motifs d'exclusion et examinant les différents indicateurs posés par la

jurisprudence (rapport d'examen p. 12 ; cf. consid. 3e supra). Il constate ainsi une certaine démonstrativité chez la recourante et des signes comportementaux. Il observe que sa personnalité est plutôt passive face à sa maladie, puisqu'elle ne recherche pas activement la reprise d'une activité professionnelle légère compatible avec ses problèmes de santé. Il note par ailleurs certaines incohérences entre les douleurs qu'elle cote hautes à l'échelle de la douleur, soit entre 5/10 et 8/10, et le fait qu'elle soit encore capable d'exercer diverses tâches ménagères, d'aller marcher deux fois 30 à 45 minutes par jour, de se déplacer, en particulier d'être allée au Portugal en voiture avec son mari avec des pauses et une étape. Il remarque que son intégration sociale est bonne et que la tolérance à la position assise en entretien a été relativement bonne. C'est dès lors de manière convaincante que le Dr Z._____ conclut au caractère non incapacitant de la fibromyalgie.

Dans ses observations finales, il mentionne les plaintes de la recourante concernant la sphère psychique et ses propres constats à cet égard, tout en laissant le soin au médecin responsable du dossier de l'assurée au SMR de la suite à donner à l'instruction du point de vue psychiatrique. Ni le SMR ni l'OAI n'ont pris position sur cette remarque. Cela ne suffit toutefois pas à estimer que l'instruction serait lacunaire comme le soutient la recourante. En effet, la jurisprudence accorde aux rhumatologues certaines compétences en ce qui concerne les tableaux cliniques psychosomatiques dans la mesure où les états rhumatologiques douloureux ne se différencient souvent guère des symptomatologies somatoformes. Ces compétences se limitent à déterminer si la symptomatologie douloureuse trouve une explication somatique objective et, sinon, à indiquer si l'avis d'un spécialiste en psychiatrie est nécessaire pour expliquer les discordances constatées (TF 9C_746/2014 du 30 septembre 2015 consid. 4.2.2 ; TF 9C_621/2010 du 22 décembre 2010 consid. 2.2.2). En l'occurrence, le Dr Z._____ retient le diagnostic de fibromyalgie sur la base des critères scientifiquement admis et le contenu de son rapport permet de considérer que l'atteinte n'est pas incapacitante sans qu'il soit nécessaire de mettre en œuvre une expertise psychiatrique. Comme déjà mentionné, il relève en effet, sur la base de son examen

clinique, des motifs d'exclusion et certaines incohérences autorisant à considérer que cette atteinte n'ouvrirait pas le droit à des prestations (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1) et se prononce en outre sur la base des indicateurs applicables selon la jurisprudence (rapport d'examen p. 12). Par ailleurs, les médecins traitants relient systématiquement l'incapacité de travail à l'atteinte lombaire et aux limitations fonctionnelles en découlant, confirmant ainsi implicitement l'appréciation du Dr Z. _____ quant au caractère non incapacitant de la fibromyalgie. Au vu de ce qui précède, un examen par un psychiatre n'apparaît nullement nécessaire, d'autant moins que la recourante n'a pas de suivi psychiatrique, si ce n'est un traitement par hypnose, qui vise principalement l'amélioration des douleurs (cf. rapports du Dr S. _____ du 30 décembre 2019 et de la Dre C. _____ du 18 février 2020).

e) Les autres diagnostics que le Dr Z. _____ pose, à savoir un status après arthroscopie du genou droit, un discret status variqueux des membres inférieurs et un excès pondéral, sont également sans répercussion sur la capacité de travail de la recourante, ce qui n'est pas contesté. La Dre C. _____ a en outre fait état d'une maladie de Ménière et d'une carence martiale d'origine gynécologique, qu'elle qualifiait de non incapacitantes (rapports des 5 septembre et 16 novembre 2017).

f) En définitive, rien ne justifie de s'écarter de l'évaluation motivée et détaillée de la capacité de travail faite par le Dr Z. _____, à savoir que la recourante dispose d'une capacité de travail de 70 % depuis juin 2018, soit six mois après l'opération lombaire. A noter que les limitations fonctionnelles qu'il fixe (nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et debout, pas de soulèvement ni 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) sont analogues à celles reconnues par l'ensemble des praticiens ayant examiné la recourante.

S'agissant de la date du 5 juin 2018 retenue pour un retour à une capacité de travail de 70 %, elle est fondée sur des critères médicaux, en l'occurrence la durée habituelle de récupération post-opératoire. Sur ce

point, il ressort des conclusions de la succession d'IRM effectuées que l'évolution post-opératoire a été normale et sans signe d'aggravation. Ainsi, l'IRM du 5 février 2018 montrait un status post-opératoire d'allure calme, sans signe de complications en dehors d'altérations inflammatoires cicatricielles. L'IRM du 14 septembre 2018 était superposable à celle de février et ne mettait en évidence aucune anomalie qui puisse expliquer le tableau présenté par la patiente. Par ailleurs, aucun rapport médical n'amène d'éléments objectivant une récupération post-opératoire de plus longue durée dans le cas d'espèce.

g) Au vu de ce qui précède, l'OAI était fondé à retenir que la recourante a retrouvé une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée à partir de juin 2018. Il faut par ailleurs constater que les éléments médicaux au dossier ne sont pas significatifs d'une modification de la capacité de travail depuis le 5 juin 2018 et à tout le moins jusqu'à la décision du 26 octobre 2020.

5. a) La recourante critique le calcul du taux d'invalidité auquel a procédé l'OAI en soutenant qu'un abattement supérieur à 10 % se justifie sur son revenu d'invalidé.

b) 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, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidé est nécessaire. La jurisprudence admet de

procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75).

c) Pour calculer le revenu avec invalidité, l'OAI s'est basé sur les données salariales statistiques ressortant de l'ESS 2016. Dans la motivation de la décision attaquée, l'OAI écrit de manière erronée qu'il s'agit du « salaire que peut percevoir une femme dans des activités non qualifiées du domaine de la viticulture » alors que l'activité exigible de la recourante peut s'exercer dans tous domaines compatibles à ses limitations fonctionnelles. Il apparaît cependant que le revenu dont l'OAI tient compte correspond, de manière correcte, au salaire moyen que pouvait toucher une femme en 2016 dans l'ensemble des activités non qualifiées des domaines de la production et des services, indexé à 2018, à savoir 38'551 fr. 42 pour un taux d'occupation de 70 %.

L'OAI a appliqué un taux d'abattement de 10 % sur ce montant afin de tenir compte des limitations fonctionnelles, de l'âge et des années de service de la recourante, ce qui mène à un revenu avec invalidité de 34'696 fr. 27. Il ressort de la feuille de calcul du salaire exigible du 1^{er} novembre 2019 que l'abattement lié à l'âge était justifié par le travail physique assumé précédemment par la recourante. Cette dernière estime que les facteurs précités devraient conduire à un abattement supérieur à 10 %. Tel n'est toutefois pas le cas. Il faut en effet relever que la diminution de rendement retenue permet en principe de tenir compte des limitations fonctionnelles, sans qu'il y ait besoin d'en tenir à nouveau compte dans le cadre de l'abattement (TF 9C_537/2019 du 25 février 2020 consid. 4.2). Il existe en outre, parmi les activités non qualifiées des domaines du service et de la production, un panel suffisant d'activités simples et répétitives compatibles avec les limitations fonctionnelles de la recourante. Par ailleurs, la recourante n'était âgée que de 50 ans en juin 2018, si bien qu'un abattement de 10 % permet amplement de tenir compte de sa situation particulière en lien avec ses perspectives salariales. Aucun élément ne permet de considérer que celles-ci seraient réduites dans une plus large mesure (sur le pouvoir d'appréciation du juge des assurances sociales, cf. ATF 137 V 71 consid. 5.2 ; 126 V 75 consid. 6).

Le revenu sans invalidité, fixé à 62'000 fr. n'est pas contesté par la recourante et peut effectivement être confirmé au vu des pièces au dossier.

Le degré d'invalidité de 44 % retenu par l'OAI, résultant de la comparaison de ces deux revenus, n'est dès lors pas critiquable.

A noter qu'une utilisation de l'ESS 2018, dont les données sont désormais disponibles, ne conduit pas à une situation différente. Le salaire que pouvait toucher une femme en 2018 dans des activités non qualifiées était de 4'371 fr. pour une semaine de travail de 40 heures. Compte tenu d'une semaine de travail moyenne de 41,7 heures, du taux d'occupation de 70 % de la recourante et d'un abattement de 10 %, on obtient un revenu d'invalidité de 34'449 fr. 16 qui, comparé au revenu sans invalidité de 62'000 fr., conduit également à un degré d'invalidité de 44 %.

d) La recourante a présenté une totale incapacité de travail dans toute activité à partir du 26 juin 2017 si bien qu'un droit à une rente entière d'invalidité lui a été ouvert à partir du 1^{er} juin 2018 (art. 28 et 29 LAI). Dans la mesure où elle a récupéré une capacité de travail de 70 % à partir de juin 2018, conduisant à un degré d'invalidité de 44 %, c'est à juste titre que l'OAI a réduit la rente à un quart de rente d'invalidité à partir du 1^{er} octobre 2018, soit trois mois après l'amélioration de sa capacité de gain (art. 88a al. 1 RAI).

6. Il faut constater que les pièces médicales au dossier permettent à la Cour de céans de statuer, sans qu'il apparaisse nécessaire de mettre en œuvre une expertise judiciaire. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête de la recourante en ce sens doit ainsi être rejetée par appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

7. 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 fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe.

Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 26 octobre 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de N._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- CAP Protection juridique SA (pour la recourante),
- 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 :