

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 octobre 2023

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Brélaz Braillard, juge, et Mme Manasseh-Zumbrunnen,
assesseure
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

I. _____, à [...], recourante, représentée par Me Christophe Misteli, avocat
à Vevey,

et

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

Art. 6 s., 16 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. I. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mariée, et mère de trois enfants majeurs, sans formation professionnelle, a travaillé de mars 2004 à mai 2019 en tant qu'ouvrière pour le compte de la société K. _____ SA, à [...]. Depuis le 1^{er} janvier 2018, pour son activité d'agrafage de coins de boîtes de carton exercée en position plutôt assise, le salaire mensuel brut de l'assurée s'élevait à 3'550 fr., treizième salaire non compris, correspondant à un revenu annuel de 46'150 francs.

L'assurée a été en incapacité de travail, en raison de maladie, à 100 %, du 24 avril 2018 au 22 juin 2018, 50 %, du 25 juin au 1^{er} octobre 2018 et 60 % depuis le 2 octobre 2018.

Le 4 octobre 2018, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi de mesures professionnelles et/ou d'une rente en raison de douleurs persistantes aux pieds, genoux et jambes depuis le mois d'avril 2018. Selon le dossier médical constitué par l'assureur perte de gain des indemnités journalières lui ont été versées sur la base d'incapacités de travail attestées, à 100 % du 24 avril 2018 au 24 juin 2018, puis à 50 % depuis le 25 juin 2018. Y figure également un rapport de consultation du 16 mai 2018 adressé au médecin traitant de l'assurée à l'époque (le Dr W. _____) par le Dr A. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dont il ressort ce qui suit :

"[...] Le status montre une patiente avec une surcharge pondérale (environ 100 kg actuellement alors qu'elle pesait 48 kg à l'âge de 20 ans) qui souffre d'une douleur sous-astragalienne D [droite] accompagnée de douleurs de type fasc[i]ite à intensité variable. En position debout, on constate un affaissement surtout du scaphoïde ddc [des deux côtés] avec une hyperkératose. Je l'adresse pour la confection de formes orthopédiques en guise de soutien et je lui ai montré quelques exercices (se mettre sur la pointe des pieds et sur les talons) afin de rééquilibrer les fléchisseurs extenseurs. Finalement, j'ai également procédé à une infiltration sous-astragalienne à D. Je la reverrai dans 2 semaines, période pendant laquelle je la laisse en arrêt de travail."

Dans un rapport non daté, enregistré au dossier le 29 mars 2019 par l'OAI, le Dr W. _____ a fait état des diagnostics de syndrome « antidépressif », d'obésité de classe III (BMI [Body Mass Index] à 47,13 kg/m²), de douleurs sous-astragaliennes et fasciite plantaire récidivante ainsi que de gonalgies droites, et d'un psoriasis du cuir chevelu. En raison de la prise de poids intervenue depuis la troisième grossesse (datant de 1984), il estimait la capacité résiduelle de travail de l'assurée à 50 % dans l'activité habituelle depuis le 25 juin 2018. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de station debout prolongée en raison de gonalgies bilatérales et douleurs plantaires), le médecin traitant estimait que l'assurée avait une capacité de travail totale, depuis toujours. Il a évoqué également qu'une chirurgie bariatrique était envisagée au CHUV.

Par rapport du 4 avril 2019 adressé à l'OAI, la Dre F. _____, médecin assistante auprès du Service d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme au CHUV, a, sur la base du dernier contrôle effectué le 11 février 2019, indiqué que compte tenu de l'obésité, l'assurée bénéficiait d'un suivi diététique. La médication comprenait du Dafalgan® et du Tramadol® en réserve. Elle a confirmé la préparation de l'intéressée pour une chirurgie bariatrique. Une polygraphie effectuée au mois de janvier 2019 avait montré un syndrome des apnées obstructives du sommeil (SAOS) de degré modéré ne nécessitant pas d'appareillage au long cours, et sans incidence sur la capacité de travail. Pour le reste, la Dre F. _____ n'a pas été en mesure de renseigner l'OAI sur l'évaluation de la capacité de travail ainsi que sur le potentiel de réadaptation de l'assurée.

Les 8 août et 25 novembre 2019, le Dr W. _____ a répondu aux questions complémentaires adressées par l'OAI. Il a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de fasciite plantaire bilatérale, de gonarthrose fémoro-tibiale et fémoro-patellaire droite et d'obésité morbide avec une grande difficulté à la marche. Le médecin traitant a fait savoir que l'état était stable (avec un poids de 92 kilos le 19 novembre 2019), que la chirurgie bariatrique n'était toujours pas au programme l'assurée étant « en phase d'instruction sur le mode alimentaire en vue d'éventuellement éviter l'intervention », et que la

capacité de travail de l'intéressée était nulle dans l'activité habituelle de « couturière de cartons sur machine à pédales » en raison de ses affections aux genoux et aux pieds. Les limitations fonctionnelles étaient l'impossibilité de maintenir la station debout et de mouvoir les membres inférieurs sur les pédales de la machine à cartonnage. Le traitement consistait en la prise d'antidouleurs, sans suivi psychiatrique par ailleurs.

Après avoir soumis les renseignements médicaux complémentaires au Service médical régional de l'assurance-invalidité ([SMR] compte rendu de la permanence SMR du 29 novembre 2019), l'OAI a, par projet de décision du 4 décembre 2019, fait part à l'assurée de son intention de lui refuser tout droit à une rente d'invalidité, aux motifs que la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de station debout prolongée et pas de travail nécessitant les pieds) était de 100 % depuis le début de ses problèmes de santé, et que, selon la comparaison de revenus, l'intéressée était en mesure de retrouver une capacité de gain supérieure ou au moins équivalente à celle qui eût été la sienne sans invalidité. Tout en refusant l'octroi de mesures professionnelles, l'OAI a néanmoins reconnu à l'assurée le droit à une aide au placement au sens de l'art. 18 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

Dans le cadre de ses objections du 23 décembre 2019, l'assurée a demandé un réexamen du cas, précisant se tenir à disposition de l'OAI pour une entrevue, voire un examen, afin d'établir son incapacité de travailler. Elle a produit les pièces suivantes avec ses observations :

- un rapport radiologique du 25 novembre 2019 après IRM (imagerie par résonance magnétique) du genou droit, effectuée le 22 novembre précédent, signé du Dr E._____, spécialiste en radiologie, se terminant comme suit : « Signes de gonarthrose, intéressant les compartiments fémoraux tibiaux internes et ainsi que les compartiments fémoro-patellaires. Déchirure complexe de la corne postérieure du ménisque interne (radiaire et oblique). Aspect dégénératif de la corne antérieure du ménisque externe. Enthésopathie proximale du ligament collatéral latéral. Enthésopathie patellaire. » ;

- un second rapport d'IRM des membres inférieurs effectuée le 22 novembre 2019 par le Dr E. _____, relevant ce qui suit : « Les membres inférieurs sont en varus des deux côtés, estimés à 6° à droite et 1,7° à gauche. La longueur des fémurs depuis le centre des têtes fémorales est estimée à 38 mm à droite et 38,8 mm à gauche. La longueur des tibias est estimée à 29,7 mm à droite et 29,8 mm à gauche. Bascule non significative de l'hémi-bassin gauche vers le haut de 8,5 mm. A noter, une scoliose dextro-convexe de la colonne lombaire. Pas de pincement significatif des interlignes articulaires des compartiments fémoro-tibiaux des deux côtés, compte tenu de la seule incidence de face, réalisée. A noter par ailleurs, un pincement modéré de l'interligne articulaire du compartiment fémoro-tibial interne à droite. Pas de pincement significatif de l'interligne articulaire du compartiment fémoro-tibial à gauche. »

Lors d'un échange téléphonique du 14 janvier 2020 avec un collaborateur de l'OAI, l'assurée a informé consulter un nouveau médecin depuis le 1^{er} janvier 2020, à savoir le Dr S. _____ ; depuis lors elle n'était plus suivie par le Dr W. _____.

Le 30 janvier 2020, avec l'accord de l'assurée qui avait confirmé ne pas vouloir entrer dans une démarche de recherche d'un emploi, l'OAI a mis fin à l'aide au placement précédemment octroyée. De son côté, le Dr S. _____ a rédigé un rapport du 5 février 2020 adressé à la gestionnaire en charge du cas à l'OAI dont il ressort ce qui suit :

“[...] Ma patiente, qui cosigne la présente, m'autorise à vous dire qu'elle n'a pas donné suite à vos premières initiatives car elle n'est pas actuellement et durablement dans un état de santé stabilisé lui permettant d'entrer dans une mesure de réinsertion ou dans le marché du travail.

Bien que suivant cette patiente que depuis quelques mois, j'ai pu mettre en évidence une évidente détérioration de son état de santé depuis 2 ou 3 ans si je me réfère aux données de son dossier médical. Dans ces conditions sa demande devrait faire l'objet d'une révision de la part de votre secteur d'évaluation des taux d'incapacité.

Par ailleurs me basant sur le fait que ma patiente n'a bénéficié que d'une scolarité obligatoire minimale en [...], que sa maîtrise du

français reste encore imparfaite, qu'elle n'a jamais pratiqué que des activités professionnelles ne nécessitant pas de formation qualifiante et physiquement éprouvantes, si on devait se retrouver dans le cadre d'une mesure de réinsertion il conviendrait de réaliser avec elle une évaluation permettant de fixer ses limitations physiques, psychiques et intellectuelles, puis de réaliser une formation qui lui permettrait de retrouver une hypothétique activité adaptée. Au vu de ce qui précède et de l'âge de la patiente je pense que cette éventualité ne doit pas être retenue.

Nous restons bien évidemment ma patiente et moi à la disposition de l'Office AI du Canton de Vaud pour permettre l'évaluation de son cas et de son incapacité dans les meilleures conditions et dans les meilleurs délais."

Le 18 juin 2020, l'assurée a été opérée au genou droit (ménissectomie partielle interne, régularisation ménisque interne ainsi qu'ablation de la plica) par le Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Dans un avis « audition » du 14 juillet 2020 le SMR, sous la plume du Dr B._____, a pris position sur les derniers renseignements médicaux recueillis comme suit :

Faits-nouveaux : Un RM du Dr S._____, du 05.02.20, mentionne une aggravation de l'état de santé depuis plusieurs années. Au vu des facteurs extérieurs, tels que l'âge et l'éducation, une réadaptation semble difficile.

Discussion : Nous n'avons pas d'éléments médicaux nouveaux permettant de rendre plausible une aggravation depuis nos précédentes conclusions. Des facteurs non-médicaux sont pris en compte dans l'appréciation du MT [médecin traitant]."

Malgré les objections de l'assurée, l'OAI a, par décision du 17 juillet 2020, rejeté la demande de prestations. Dans un courrier d'accompagnement du même jour, il a estimé que son projet de décision du 4 décembre 2019 reposait sur une instruction complète sur le plan médical et économique, et était conforme en tous points aux dispositions légales de sorte qu'il devait être confirmé.

B. Par acte déposé le 27 août 2020 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, I._____ a recouru contre la décision du 17 juillet 2020 en concluant implicitement à son annulation. Elle a fait verser à la procédure un rapport qui lui avait été adressé le 27

août 2020 par le Dr S._____, lequel était d'avis qu'une expertise médicale était « seule à même d'évaluer l'ensemble de [ses] limitations » au vu de l'état de santé global défaillant. Elle a annoncé la production de rapports médicaux étayant sa démarche.

Le 6 octobre 2020, l'assurée a produit un rapport du même jour du Dr S._____, à la teneur suivante :

“Comme convenu je vous adresse en annexe copie des rapports vous concernant et dont vous trouverez la liste ci-dessous :

- Echographie abdominale du 28.09.2020
- IRM lombo-sacrée du 04.09.2020
- IRM des deux épaules du 29.09.2020
- RX Rachis Cervico-Dorso-Lombaire, des épaules, du bassin et des genoux du 28.08.2020
- IRM du genou droit du 04.09.2020
- IRM du genou gauche du 05.10.2020

Comme le tribunal pourra le constater notamment sur ces documents, votre problématique de limitation de votre capacité de travail n'est pas uniquement due à la déformation de vos pieds comme cela était documenté dans votre dossier AI mais est multifact[ori]elle et due aux diagnosti[cs] suivants :

- discopathies dégénératives étagées avec discarthroses L2-S1 sévère en L5-S1,
- épaule gauche avec arthrose, tendinopathie et bursite, épaule droite avec lésion transfixiante de la coiffe des rotateurs,
- genou droit gonarthrose avec déchirure de la corne postérieure du ménisque interne, genou gauche gonarthrose
- obésité, 149 cm/90 kgs IMC 40.5
- insuffisance cardiaque avec dyspnée, dyspnée d'effort et épanchement péricardique

Ainsi vos limitations objectivées sont les suivantes :

- Ne peut pas rester dans une station fixe debout ou assise plus de 10 minutes
- Ne peut pas travailler à genou ou accroupie
- Ne peut pas travailler les bras au-dessus de la tête
- Ne peut pas se fléchir
- Ne peut pas soulever/porter + de 5kg
- Capacité de résistance très limitée
- Capacité d'attention et compréhension limitée
- Capacité d'adaptation limitée”

En cours de procédure, l'assurée a encore notamment produit un rapport du 21 janvier 2021 dans lequel le Dr S._____ a écrit que, si le précédent médecin traitant retenait une capacité de travail de l'intéressée à 100 % dans une activité adaptée, cette évaluation reposait toutefois uniquement sur les podalgies. Or les douleurs rachidiennes et des deux

épaules, mises en évidence par les examens d'imagerie, contre-indiquaient, en raison des douleurs et limitations articulaires, la station statique prolongée, assise par exemple. L'assurée ne pouvait rester assise plus de trente à quarante minutes sur un poste de travail, le médecin traitant était d'avis qu'une capacité totale de travail était inconcevable au vu de l'état de santé défaillant.

Le 8 mars 2021, l'assurée a produit un ultime courrier médical du même jour adressé par le Dr S._____, et dont il ressort en particulier ce qui suit :

"[...] L'Office AI s'appuie sur le fait que j'ai transmis mes appréciations et rapports après les conclusions de leurs médecins experts du SMR évaluant votre cas.

Il est certain que je ne pouvais le faire avant de vous connaître et avant d'assumer votre prise en charge.

Toutefois, les pathologies incapacitantes relevées dans mes rapports sont toutes des pathologies chroniques dont le début du retentissement sur votre capacité de travail était déjà présent lors du dépôt de votre demande confirmant que votre cas a été incomplètement évalué par le SMR puisque réalisé sans expertise sur le rapport de votre précédent médecin qui limitait son avis sur vos seules podalgies.

Je pense donc que vous êtes légitime pour demander au tribunal cantonal de demander à l'Office AI de faire réaliser une expertise de votre cas avant de se positionner sur votre demande. [...]"

C. Par arrêt du 23 septembre 2021 (CASSO AI 249/20 - 279/2021), la Cour des assurances sociales a admis le recours de l'assurée, annulé la décision du 17 juillet 2020, et renvoyé la cause à l'OAI pour complément d'instruction puis nouvelle décision au sens des considérants. La Cour a en particulier retenu ce qui suit (consid. 4) :

"4. a) En l'espèce, l'OAI a refusé d'allouer une rente d'invalidité et de mettre en œuvre des mesures professionnelles, au motif qu'au terme du délai d'attente d'une année, soit le 24 avril 2019, bien que la recourante présente une totale incapacité de travail dans son activité antérieure d'ouvrière de production, une pleine capacité de travail reste exigible depuis toujours dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de station debout prolongée et pas de travail nécessitant les pieds). Cette décision se fonde sur les constatations et conclusions des rapports successifs émanant de l'ancien médecin traitant de la recourante (le Dr W._____).

De son côté, la recourante, par la voix de son nouveau médecin depuis la fin de l'année 2019 (le Dr S. _____), conteste être en mesure de travailler en raison de son état de santé global défaillant. Elle fait valoir que les rapports de son médecin traitant, lesquels se basent sur des éléments médicaux objectifs, attestent de pathologies chroniques affectant également les membres supérieurs (et pas uniquement les podalgies retenues par le Dr W. _____) avec une incidence sur sa capacité de travail déjà au moment du dépôt de sa demande de prestations.

Dans ses écritures, l'office intimé, se ralliant au point de vue du SMR, conclut au rejet du recours contre sa décision du 17 juillet 2020 en estimant que la problématique relevée par le Dr S. _____ à la suite de plusieurs examens radiographiques effectués depuis la fin du mois d'août 2020, doit être examinée dans le cadre du dépôt d'une nouvelle demande de prestations. L'OAI considère en effet que l'état de santé ressortant des examens complémentaires mis en œuvre par le médecin traitant actuel est un fait nouveau dont il n'y a pas lieu de tenir compte dans le cadre de la décision attaquée.

b) En l'occurrence, s'il est exact que dans sa demande de prestations de l'assurance-invalidité la recourante a évoqué essentiellement des atteintes aux membres inférieurs (des douleurs persistantes aux pieds, genoux et jambes dues certainement à un surpoids) et que les affections aux membres supérieurs (atteintes lombaires et scapulaires) n'ont été investiguées que postérieurement à la décision litigieuse du 17 juillet 2020, il reste que, comme le soutient le Dr S. _____, les examens complémentaires radiologiques paraissent plutôt montrer des atteintes à la santé de longue date. Les pièces médicales ici visées sont les suivantes :

- un rapport du 28 août 2020 de radiographies du rachis cervico-dorso-lombaire (de face et de profil), des deux épaules (de face et en rotation [interne/externe et axiale]), du bassin (de face et en charge), ainsi que des deux genoux (de face et de profil) effectuées le même jour et signé du Dr O. _____, radiologue du Centre Imagerie Médicale de [...] ([...]), relevant notamment ce qui suit :

"INDICATION :

Bilan de polyarthralgies.

DESCRIPTION :

Rachis cervical :

Structure et morphologie osseuses dans les limites de la norme.

Pas de tassement vertébral ni pincement discal.

Pas d'anomalie notable au niveau de la charnière cervico-occipitale.

Pas de modification dégénérative.

Rachis dorsal :

Accentuation modérée de la cyphose dorsale, avec des modifications dégénératives modérées étagées de D6 à D12, par ailleurs, pas de

tassement vertébral ni lésion ostéolytique ou lésion ostéocondensante.

Rachis lombaire :

Légère scoliose lombaire à convexité gauche et accentuation modérée de la lordose lombaire physiologique.

Pincements discaux modérés L2-L3, L3-L4 et marqués en L4-L5 et L5-S1, avec arthrose interfacettaire postérieure L3-L4, L4-L5 et L5-S1.

Pas de tassement vertébral.

Pas de lésion ostéolytique ni lésion ostéocondensante.

Bassin en charge :

Légères modifications dégénératives au niveau des pieds des articulations sacro-iliaques, sous forme d'un discret remaniement sclérotique de l'os cortical sous-chondral.

Aspect dans les limites de la norme des articulations coxo-fémorales.

Pas de lésion ostéolytique ni lésion ostéocondensante.

[...]

Epaule droite :

Structure morphologie osseuse dans les limites de la norme.

Les rapports articulaires au niveau des articulations gléno-humérales et acromio-claviculaires sont dans les limites de la norme.

Pas de calcification péri-articulaire.

Epaule gauche :

Structure et morphologie osseuse dans les limites de la norme.

Les rapports articulaires au niveau des articulations gléno-humérales et acromio-claviculaires sont dans les limites de la norme.

Pas de calcification dans les parties molles péri-articulaires." ;

- un rapport du 7 septembre 2020 d'IRM lombo-sacrée du 4 septembre précédant, signé du Dr O. _____, qui se termine comme suit :

"CONCLUSION :

Discopathies dégénératives étagées de L2 à S1, particulièrement sévère au niveau L5-S1, où on note une discarthrose sévère, avec pincement discal sévère, avec protrusion discale circonférentielle et petite hernie discale postérieure médiane, sans compression radiculaire.

Arthrose interfacettaire postérieure L3-L4, L4-L5 et L5-S1.

Arthrose sacro-iliaque.

Accessoirement, on signale la présence d'une formation kystique bilobée dans le segment n°VI du parenchyme hépatique. A investiguer éventuellement par échographie." ;

- un rapport du 29 septembre 2020 d'IRM des deux épaules également signé du Dr O. _____ qui conclut à un remaniement dégénératif acromio-claviculaire, avec un épaissement capsulaire et une bursite sous-acromiale, et à une tendinopathie du long chef du biceps dans sa portion verticale et du sus-épineux, sans lésion transfixiante, démontrée.

A la lecture de ces éléments ainsi que des autres pièces ressortant des investigations du Dr S. _____ versées au dossier, le médecin traitant actuel a retenu que la problématique limitant la capacité de travail n'était pas uniquement due à la déformation des pieds de l'assurée mais bien multifactorielle. Posant les diagnostics incapacitants d'obésité (BMI supérieur à 43) avec déformation des pieds rendant la marche et la station verticale prolongée impossible ou difficile, gonalgies gauches sur une chondropathie rotulienne avec dégénérescence méniscale, gonalgies droites avec déchirure méniscale et chondromalacie rotulienne, douleurs des deux épaules et limitation de l'abduction avec arthrose acromio-claviculaire et bursite et lésion transfixiante de la coiffe des rotateurs, lombalgies chroniques avec lombosciatiques aiguës sur discopathies dégénératives L2-S1, dyspnée d'effort avec insuffisance cardiaque et probable coronaropathie, syndrome d'apnée du sommeil et troubles neuropsychologiques avec des capacités intellectuelles et d'adaptation limitées ainsi que des troubles cognitifs, le Dr S. _____ a retenu des limitations fonctionnelles suivantes : « ne peut pas rester dans une station fixe debout ou assise plus de 10 minutes, ne peut pas travailler à genou ou accroupie, ne peut pas travailler les bras au-dessus de la tête, ne peut pas se fléchir, ne peut pas soulever/porter + de 5kg » avec des capacités (de résistance, d'attention et d'adaptation) limitées (cf. rapports médicaux des 6 octobre et 2 décembre 2020). En présence d'atteintes multiples, le cas présent est plus complexe que ce qu'a retenu le médecin du SMR, suivi par l'OAI dans sa décision de juillet 2020, en examinant uniquement la problématique incapacitante liées aux troubles des membres inférieurs rapportés par le précédent médecin traitant.

Du reste, sur la base de sa propre lecture des radiographies et des rapports du Dr S. _____, le SMR, par la voix du Dr B. _____ (avis « recours » SMR des 21 octobre et 16 décembre 2020), a admis la nécessité d'évaluer les conséquences fonctionnelles des atteintes à la santé annoncées comme incapacitantes dans le contexte d'une nouvelle demande de prestations sans alors exclure la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire en fonction de l'appréciation recueillie, dans un premier temps, auprès des médecins traitants. L'intimé est donc d'avis que de telles investigations médicales ne sont pas justifiées dans le cadre du présent recours, de sorte qu'elles doivent être rejetées ; à ses yeux, les atteintes aux membres supérieurs de la recourante constitueraient des faits nouveaux qui n'ont donc pas à être déjà examinés à ce stade. Contrairement à ce que soutient l'intimé, ce n'est pas parce que les affections des membres supérieurs (atteintes lombaires et scapulaires) ont été découvertes après la décision du 17 juillet 2020 par le médecin traitant qu'elles constituent pour autant un fait nouveau.

Selon une jurisprudence constante, les faits survenus postérieurement au moment où la décision litigieuse a été rendue doivent en règle générale faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 287 consid. 4). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la

date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1 ; 9C_269/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2 ; 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). Or en l'espèce, les rapports des 6 octobre et 2 décembre 2020, bien que rendus après la décision du 17 juillet 2020 doivent être pris en compte par l'OAI pour l'examen du droit aux prestations sollicitées car ils comportent des éléments pertinents sur l'état de santé défailant de la recourante antérieur à cette dernière date.

Dans cette mesure, le médecin du SMR, qui s'est prononcé le 14 juillet 2020 sans connaître les diagnostics incapacitants touchant d'autres parties du corps qu'uniquement les membres inférieurs de la recourante, n'a pas pu évaluer les plaintes et la capacité de travail de l'intéressée de manière complète, voire exacte. L'appréciation du cas par l'autorité intimée repose ainsi sur des constatations médicales incomplètes."

La Cour des assurances sociales a dès lors retourné la cause à l'OAI, afin qu'il interpelle son service médical et que celui-ci examine l'ensemble des diverses atteintes à la santé soulevées par le Dr S. _____ dans le cadre des différents examens radiographiques complémentaires effectués au mois de septembre 2020. Cela fait, il était demandé que l'OAI veille, en cas de besoin, à requérir tous les compléments nécessaires avant de rendre une nouvelle décision.

D. A la suite de l'arrêt de renvoi du 23 septembre 2021, le dossier de l'assurée a été à nouveau soumis au Dr B. _____ du SMR qui, par avis du 26 octobre 2021, a estimé qu'il convenait de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire avec volets de rhumatologie, médecine interne et psychiatrie. Celle-ci a été confiée aux Drs P. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, Y. _____, spécialiste en médecine interne générale, et H. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, de la Z. _____ (Z. _____), qui ont adressé leur rapport à l'OAI le 7 mars 2022.

Dans un document intitulé « REA - Rapport final » du 19 août 2022, un spécialiste en réinsertion professionnelle à l'OAI a constaté qu'aucune mesure simple et adéquate permettait de réduire le préjudice économique. L'assurée pouvait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple dans le domaine industriel léger, par

exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrière dans le conditionnement. Un abattement de 10 % a été effectué sur le salaire statistique retenu pour fixer le revenu d'invalidité pour tenir compte de l'âge et des années de service de l'assurée.

Par projet de décision du 23 août 2022, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui refuser tout droit à une rente d'invalidité, aux motifs que sa capacité résiduelle de travail était de 70% dans toute activité et que le degré d'invalidité était, après comparaison des revenus, de 25.35 %.

Le 6 octobre 2022, l'OAI a reçu des observations du Dr S._____ du 3 octobre 2022, cosignées par l'assurée, relevant que le rapport de l'expertise réalisée en mars 2022 à la CRR ne comportait pas de description de la limitation des déplacements et que les problèmes rachidiens et d'épaules n'étaient pas retenus « alors qu'ils vous interdisent de rester plus d'une quinzaine de minutes dans une position identique que ce soit en position assise ou debout » ; une évaluation neuropsychologique aurait été justifiée vu le très faible niveau intellectuel de la patiente ayant selon le Dr S._____ des conséquences sur son psychisme et ses capacités.

Dans un avis « audition » du 1^{er} novembre 2022, le Dr B._____ du SMR a fait le point de situation sur les derniers renseignements médicaux recueillis comme suit :

Faits-nouveaux: Un RM [rapport médical] du 06.10.22 mentionne que l'analyse somatique de l'état de santé ayant un impact sur les capacités est parfaitement décrit dans l'expertise Z._____, que l'expert-psychiatre a noté le très faible niveau intellectuel, et que l'obésité morbide a été admise, mais que le MT [médecin traitant] diverge de l'appréciation des experts quant aux LF [limitations fonctionnelles] et au caractère incapacitant des atteintes à retenir, sans pour autant fournir d'avis spécialisé.

Discussion: Les atteintes ont été prises en considération et examinées par des experts spécialistes. Le MT n'apporte pas d'éléments étayés ou spécialisés permettant de remettre en cause

la qualité de l'expertise ou l'appréciation des experts. Les précédentes conclusions restent valables.”

Par décision du 3 novembre 2022, l'OAI a confirmé son préavis de refus de mesures professionnelles et de rente du 23 août 2022. Était joint un courrier du même jour faisant partie intégrante de la décision du 3 novembre 2022.

E. Par acte du 5 décembre 2022, I._____, représentée par Me Christophe Misteli, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'elle est reconnue invalide à 62,10 % au moins et une rente correspondante allouée dès le 24 avril 2019, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. En substance, elle fait valoir que l'expertise pluridisciplinaire n'est pas probante, car incomplète, puisqu'elle ne prend pas en compte « l'intégralité des paramètres pertinents » et sous-évalue les aspects somatiques. En premier lieu, la recourante s'en prend à l'expertise pluridisciplinaire. Dans un autre moyen, s'agissant du calcul du taux d'invalidité, la recourante estime que l'abattement de 10 % est insuffisant. A ses yeux, sa capacité de gain ne peut dépasser 60 % du salaire moyen, ce qui conduirait à lui reconnaître le droit à une rente fondée, selon ses calculs, sur un taux d'invalidité de 62,10%. A titre de mesures d'instruction, elle requiert qu'une expertise complémentaire soit ordonnée afin de déterminer sa capacité de travail à la lumière des atteintes aux épaules et au rachis et sur le plan neurologique quant à sa capacité d'adaptation à un nouvel emploi. Avec son écriture, la recourante a produit un onglet de pièces sous bordereau, comprenant notamment un rapport du 28 novembre 2022 du Dr S._____, selon lequel elle présente une incapacité somatique qui n'est pas inférieure à 40 %.

Dans sa réponse du 26 janvier 2023, l'OAI a proposé le rejet du recours.

En réplique, le 20 avril 2023, la recourante a maintenu sa position. En se référant au rapport du 2 mars 2023 du Dr S._____ pour qui « un entretien de 50 minutes au cours duquel elle a tout mis en œuvre

pour collaborer avec l'expert ne peut entraîner une déduction sur 8 heures quotidiennes de présence sur un poste de travail 5 jours par semaine », estimant qu'un examen de si courte durée n'est pas représentatif des douleurs qu'elle ressent au cours d'une journée de travail, elle déplore également qu'aucun examen des mouvements répétitifs ou prolongés qu'elle effectuerait même dans une activité « légère » n'ait été effectué, regrettant que sa mobilité ait été examinée sur la base de mouvements simples mais non répétés. Se référant au rapport du Dr S. _____ du 2 mars 2023, elle soutient que l'expertise pluridisciplinaire a sous-évalué les aspects somatiques. Il y aurait dès lors lieu de mettre en œuvre une expertise complémentaire pour déterminer l'impact réel de ses douleurs dans des conditions similaires à l'exercice d'une activité à plein temps raisonnablement exigible. Elle soutient ensuite, toujours en se référant à l'avis de son médecin traitant, qu'un examen neuropsychologique aurait dû être réalisé, dans la mesure où il est admis par les experts que ses capacités intellectuelles sont limitées et qu'il y a des faiblesses neuropsychologique au niveau de la mémoire, de l'attention et du langage, ce qui impacte forcément sa capacité de travail. Elle produit en annexe à son écriture le rapport du 2 mars 2023 du Dr S. _____ dont elle se prévaut.

En duplique, le 10 mai 2023, l'OAI a derechef proposé le rejet du recours.

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. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité.

3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

b) En l'occurrence, la décision litigieuse rendue le 3 novembre 2022 fait suite à une demande de prestations déposée en octobre 2018 en raison de douleurs persistantes aux pieds, genoux et jambes depuis le mois d'avril 2018. L'ancien droit est donc applicable.

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 (cf. 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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 (cf. art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie à l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur 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 trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

c) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). 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).

d) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre

position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

e) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

f) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour mettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de

l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_299/2021 du 11 août 2021 consid. 3.3 ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références).

5. En l'espèce, la recourante remet en cause les conclusions de l'expertise de la Z._____, sur laquelle s'est fondé l'OAI pour retenir qu'elle dispose d'une capacité de travail de 70 % dans toute activité. Elle fait à cet égard pour l'essentiel grief à l'OAI de s'être basé sur une expertise qui n'est pas probante, car incomplète, puisqu'elle ne prend pas en compte « l'intégralité des paramètres pertinents » et sous-évalue les aspects somatiques.

a) Le rapport d'expertise de la Z._____ du 7 mars 2022 comprend un volet de médecine interne, investigué par le Dr Y._____.

Celui-ci a retenu ce qui suit sous la rubrique « diagnostics » de son rapport :

“L'évaluation médicale n'a pas permis d'établir une contribution majeure d'une supposée cardiopathie, à la dyspnée d'effort.

La dyspnée n'était pas perceptible, même lorsqu'elle s'exprimait rapidement. Elle est donc modérée.

Les examens à notre disposition en 2020, montraient que la fonction d'éjection VG était normale à l'échographie.

L'assurée a certes des facteurs de risque cardio vasculaire majeurs, en particulier ses antécédents familiaux très importants en ligne directe avec une hypercholestérolémie.

Mais rien ne permet d'évoquer des problèmes coronariens significatifs, susceptibles d'être responsable d'une insuffisance cardiaque.

La fréquence cardiaque au repos, < 65/min, qui était déjà plutôt basse lors de l'épreuve d'effort, laquelle n'a certainement pas été effectuée sous traitement beta-bloquant, permet même d'exclure une insuffisance cardiaque.

Aucun diagnostic n'est donc retenu sur le plan cardiologique.

Par contre, **l'obésité morbide** est nécessairement responsable d'un syndrome ventilatoire restrictif, qui joue certainement un rôle majeur dans cette dyspnée d'effort modérée."

Le Dr Y. _____ a en outre fait part de son évaluation en ces termes :

"7.1 Evaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, etc..., discussion des chances de guérison,

Aujourd'hui l'assuré ne se voit pas reprendre un travail.

Sur le plan de la médecine interne, le tableau est dominé par d'importants facteurs de risque cardio vasculaires, avec toutefois une TA normale et pas de syndrome métabolique.

Cette assurée présente une obésité morbide, mais n'est pas diabétique. C'est cette obésité qui, parce qu'elle est responsable d'un syndrome ventilatoire restrictif, est à l'origine d'une dyspnée d'effort modérée.

7.2 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés,

Aucune limitation de la capacité de travail du registre de médecine interne, au sens de l'Al..

Les limitations fonctionnelles sont uniquement dues à l'obésité morbide."

Cette appréciation apparaît motivée et convaincante, et la recourante ne la remet pas sérieusement en cause.

b) Le rapport d'expertise de la Z. _____ du 7 mars 2022 comprend ensuite un volet de psychiatrie, investigué par le Dr H. _____.

Celui-ci a retenu ce qui suit sous la rubrique « diagnostics » de son rapport :

"Diagnostic syndromique selon la CIM10

Dans mon domaine aucun, ni avec, ni sans impact sur la capacité de travail

Discussion de la maladie – diagnostic différentiel

Dans mon domaine, je constate une absence complète de maladie.

Evolution de la maladie – état stabilisé

Sans objet, dans mon domaine

Discussion d'appréciations précédentes

Dans le domaine psychiatrique, il n'y en a pas."

Il a en outre fait part de son évaluation en ces termes :

"7.1 Evaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, etc..., discussion des chances de guérison.

Pronostic de la maladie

Il n'y a pas de maladie dans mon domaine.

Evolution des traitements antérieurs

Dans mon domaine il n'y a pas eu de traitement antérieur.

Mesures de réadaptation

Il n'y en a pas eu.

Mesures de réintégration professionnelle

Il n'y en a pas eu.

Propositions pour une amélioration du traitement

Sans objet.

Pronostic pour la reprise d'une activité lucrative

Ce pronostic ne dépend pas de facteurs qui concernent la psychiatrie.

7.2 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés,

Limitations fonctionnelles psychiatriques

Je ne tiens aucune limitation fonctionnelle purement psychiatrique.

Evolution des limitations fonctionnelles

Du point de vue purement psychiatrique, il n'y en a jamais eu.

Collaboration

Cette assurée est parfaitement collaborante.

Appréciation par l'assurée elle-même

Elle ne peut plus travailler en raison de ses problèmes physiques.

Compétences sociales

L'assurée dispose d'une compétence sociale normale."

Cette appréciation apparaît également motivée et convaincante. La recourante ne formule au demeurant aucune critique en lien avec l'évaluation de sa situation sur le plan psychiatrique.

c) L'aspect rhumatologique a quant à lui été évalué par le Dr P._____, qui a procédé, comme ses confrères, à un examen complet de la recourante, en particulier au niveau du rachis, des membres supérieurs et des membres inférieurs.

d) Pour le surplus, les experts ont procédé à une évaluation consensuelle du cas, à l'issue de laquelle ils ont posé les diagnostics de discopathies lombaires étagées (M51.9), d'une arthrose acromio-claviculaire (M13.01) avec une bursite sous-acromiale gauche (M75.5) et une lésion transfixiante de la coiffe des rotateurs droite (M75.1), d'une gonarthrose bilatérale (M17.0), d'un pied plat acquis de l'adulte bilatéral (M21.4) et d'obésité morbide (de grade III) et ont constaté que si l'assurée n'attendait plus grand chose des traitements médicaux, l'activité professionnelle qu'elle avait exercée pendant quinze ans restait exigible de sa part avec une diminution de rendement de l'ordre de 30 % liée à la nécessité de pouvoir se mouvoir une fois par heure pendant quelques minutes et aux difficultés liées aux efforts de soulèvement ou aux déplacements lorsque l'assurée était, à ses dires, affectée à d'autres postes que le sien. Rien ne l'empêchait d'exercer son ancienne activité sur la journée. En résumé, la capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'alors était de 70 %. Les experts voyaient difficilement quel type d'activité pouvait être mieux adaptée aux troubles dégénératifs chez cette assurée qui ne disposait d'aucune compétence professionnelle spécifique et qui, jusqu'à ses cinquante-sept ans, avait toujours exercé des emplois non qualifiés. Dans tout emploi, il existait les mêmes limitations en terme

de port de charge (soulèvement de plus de 7,5 kilos), de maintien de la même position assise ou debout (plus d'une heure) et de déplacement (au-delà de 500 mètres). Les experts n'avaient aucune mesure originale à proposer compte tenu de l'échec de l'ensemble des mesures et de tous les traitements offerts à l'intéressée, qui avait renoncé aux mesures professionnelles, par exemple une aide au placement.

L'expertise des médecins de la Z._____ remplit tous les réquisits jurisprudentiels permettant de lui accorder une pleine valeur probante. Les experts ont en particulier intégré à leur examen tous les documents d'imagerie, et tenu également compte des plaintes de la recourante. Ils ont notamment pris en compte les rapports établis les 6 octobre 2020 et 2 décembre 2020 par le Dr S._____, ainsi que les radiographies de septembre 2020.

Le Dr S._____ n'apporte au demeurant pas d'éléments de nature à remettre en cause les conclusions des médecins de la Z._____. Le fait qu'il estime, sans motiver sa position, que l'incapacité de travail de sa patiente ne peut pas être inférieure à 40 % sur les aspects somatiques (cf. rapport du 28 novembre 2022), ne permet en particulier pas de remettre en question les constatations des experts. Ces derniers ont bien tenu compte de la pluralité d'atteintes que présente la recourante, et ont valablement procédé à l'examen de ses genoux, épaules, hanches et rachis. De même, ils ont tenu compte de son obésité morbide dans le cadre de leur appréciation ; leurs conclusions sont claires, et dénuées de contradiction.

La recourante déplore l'absence d'évaluation neuropsychologique, alléguant présenter des troubles à ce niveau (faiblesses de la mémoire, de l'attention et du langage). Ce point n'est toutefois pas documenté, et il n'y a pas d'indices de nature à établir une atteinte incapacitante à ce niveau. Le fait que dans leur évaluation consensuelle, les experts observent que la recourante présente une personnalité plutôt frustrée intellectuellement et émotionnellement ne permet pas encore de considérer qu'elle devrait être évaluée sur le plan

neuropsychologique. Les experts ont du reste noté que la recourante est une personne parfaitement stable, qui en a fait la preuve par son parcours familial et professionnel linéaire. Les relations avec son mari, ses enfants et sa famille élargie sont bonnes, non conflictuelles et d'intensité suffisante. Aux yeux des experts, la résilience, donc la résistance psychique face à des situations désagréables, semble normalement développée (expertise, évaluation consensuelle, p. 13). Pour le surplus, une capacité intellectuelle éventuellement limitée n'a pas empêché la recourante de travailler durant de nombreuses années. On relèvera à cet égard que seul le Dr S. _____ fait état de troubles de la compréhension et de l'exécution d'ordres simples (cf. rapport du 2 mars 2023). Or l'expert psychiatre a noté qu'il n'y avait aucun ralentissement et appauvrissement de la pensée, que la production d'idées était normalement riche, et que la pensée était bien structurée, l'intelligence estimée étant dans les limites de la norme, se situant probablement plutôt dans la moitié inférieure de la norme, mais ne se rapprochant en aucun cas de la limite inférieure de la norme (cf. rapport d'expertise, volet psychiatrique, p. 5). Par ailleurs, les experts n'ont relevé aucune atteinte au plan neurologique (expertise, évaluation consensuelle, p. 8 sv). Enfin, les experts sont libres de définir les examens qu'ils souhaitent pratiquer, respectivement de renoncer à des examens qu'ils n'estiment pas nécessaires à l'exécution de leur mandat. Il ne peut dès lors leur être fait grief, respectivement à l'OAI, d'avoir renoncé à un examen sur le plan neuropsychologique.

Le Dr S. _____ note que le fait que sa patiente soit restée cinquante minutes pendant l'entretien sans se plaindre ne permet pas d'affirmer qu'elle pourrait travailler huit heures par jour, cinq jours par semaine. Or les experts ne retiennent pas une pleine capacité de travail chez l'assurée, puisqu'ils sont d'avis que dans l'activité qu'elle exerçait jusqu'alors, une baisse de rendement de 30 % peut être admise afin de tenir compte de la nécessité pour la recourante de pouvoir se mouvoir une fois par heure durant quelques minutes, ainsi que des difficultés liées aux efforts de soulèvement et aux déplacements lorsqu'elle est affectée à d'autres postes que le sien. Ce faisant, les experts ont valablement intégré ces restrictions dans leurs constatations.

Quant à la douleur, il n'est pas exact d'affirmer qu'elle n'a pas été valablement prise en compte par les experts. Le Dr P._____ a en effet exposé que la douleur exprimée à 90 sur 100 sur l'échelle EVA (échelle visuelle analogique) lui paraissait détachée de la réalité eu égard au comportement, en relevant que l'assurée avait maintenu la position assise sans montrer d'inconfort, et que le faible recours aux traitements médicamenteux allait dans le même sens (expertise, évaluation consensuelle, p. 11).

Quant au fait que la recourante ne dispose pas de permis de conduire, tel était déjà le cas lorsqu'elle travaillait.

Il résulte de ce qui précède que l'OAI était légitimé à se fonder sur l'expertise, probante, de la Z._____, et retenir qu'elle présente une capacité résiduelle de travail de 70 % dans toute activité.

6. Dans un autre moyen, la recourante s'en prend au calcul de son taux d'invalidité.

a) aa) L'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative (art. 28a al. 1 LAI). Ainsi, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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.

bb) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par

l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par exemple : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

cc) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque la personne assurée 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 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1).

dd) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

ee) La personne assurée 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'invalidité est nécessaire. La jurisprudence

admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

b) En l'occurrence, la décision de l'OAI interpelle, dans la mesure où cet office retient, à bon droit au demeurant (cf. consid. ci-dessus) que la capacité de travail de la recourante est de 70 % dans toute activité. Dans ces conditions, on peine à comprendre les raisons ayant conduit l'intimé à procéder à une comparaison des revenus.

Quoi qu'il en soit, la recourante ne peut être suivie dans ses explications relatives au calcul du taux d'invalidité. Ainsi qu'on l'a vu en effet, son incapacité de travail est de 30 % (respectivement sa capacité de travail entière avec une baisse de rendement de 30 %), et non de 40 % comme retenu par le Dr S. _____.

Par ailleurs, et dans la mesure où, en réalité, l'OAI n'aurait pas eu à comparer les revenus sans et avec invalidité puisque la capacité de travail est de 70 % dans toute activité, l'activité habituelle étant adaptée, la question de l'étendue de l'abattement n'est pas déterminante ici. On relèvera quoi qu'il en soit que l'abattement de 10 % retenu pour tenir compte d'une part de l'âge, et d'autre part de la durée d'activité de la recourante, ne prête pas le flanc à la critique. Les limitations fonctionnelles n'auraient pas justifié un abattement plus conséquent, dans la mesure où elles ont été prises en compte dans la fixation de la capacité de travail, établie à 70 %.

Pour le reste, étant rappelé que les limitations fonctionnelles de la recourante sont une alternance possible des positions une fois par heure pendant quelques minutes, pas de port de charges de plus de 7,5 kilos et pas de déplacements de plus de 500 mètres, on ne saurait y voir un quelconque frein à la reprise de toute activité adaptée, dont celle habituelle, à un taux de 70 %. Du reste, la recourante n'indique pas les raisons pour lesquelles les limitations fonctionnelles seraient susceptibles de jouer concrètement sur ses perspectives salariales dans le cadre de toute activité adaptée à son handicap physique. A cet égard, le service de

réadaptation de l'OAI a souligné qu'aucune mesure simple et adéquate ne serait susceptible de réduire le préjudice économique de l'intéressée, laquelle pourrait mettre sa capacité résiduelle de travail en valeur dans un travail simple dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères ainsi qu'ouvrière dans le conditionnement (cf. pièces 100 et 101 de l'OAI). Dans ces circonstances, il n'apparaît pas que la capacité de travail ne puisse être admise lorsque l'activité raisonnablement exigible n'est plus possible, ou de manière tellement limitée que le marché du travail ne la reconnaît plus, sauf avec une complaisance irréaliste d'un employeur, la recherche d'un emploi apparaissant d'emblée comme exclue, comme le soutient à tort la recourante.

La recourante était âgée de 60 ans lors de l'expertise de la Z._____ qui a déterminé, le 7 mars 2022, qu'elle disposait d'une capacité résiduelle de travail de 70 % dans toute activité adaptée à son état physique défaillant. Son âge ne constitue pas pour autant un frein à la reprise d'une activité lucrative sur le marché équilibré du travail (sur cette notion et les conditions auxquelles la capacité de travail est exploitable sur ledit marché, cf. ATF 138 V 457 consid. 3.1). Le Tribunal fédéral des assurances a par exemple considéré qu'un assuré âgé de 60 ans, qui avait travaillé la plupart du temps comme ouvrier dans l'industrie textile, n'était certes pas facilement employable. Il a toutefois estimé qu'il était possible de trouver un emploi sur un marché du travail équilibré hypothétique, d'autant plus que les travaux auxiliaires sont en principe demandés indépendamment de l'âge sur le marché équilibré hypothétique et que l'assuré était certes limité (les travaux légers et moyennement lourds consistant à marcher, à rester debout et à s'asseoir dans des locaux fermés restaient acceptables), mais qu'il était toujours capable de travailler à plein temps (TFA I 376/05 du 5 août 2005, en particulier consid. 4.2). Le Tribunal fédéral a également admis l'utilité de la capacité de travail résiduelle d'un assuré (également) âgé de 60 ans dont la capacité de travail était réduite de 30 % en raison de diverses limitations psychiques et physiques (il existait entre autres des problèmes

rhumatologiques et cardiaques) (TF I 304/06 du 22 janvier 2007 consid. 4.1 et 4.2).

Il n'apparaît pas non plus que l'éloignement du marché du travail serait lié aux atteintes à la santé dont souffre l'assurée ; malgré son état de santé défailant, elle dispose en effet d'une capacité de travail résiduelle de 70 % en toute activité depuis le début de ses ennuis de santé.

Finalement les arguments de la recourante selon lesquels c'est un taux d'invalidité lui ouvrant le droit à une rente correspondant à un degré d'invalidité de 62,10 % au moins qui devrait être retenu ne sont dès lors pas pertinents.

7. **a)** Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est alors superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

b) En l'occurrence, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer, de sorte qu'il n'y a pas lieu de donner suite à la réquisition de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire complémentaire afin de déterminer sa capacité de travail à la lumière des atteintes aux épaules et au rachis et sur le plan neurologique quant à sa capacité d'adaptation à un nouvel emploi.

8. **a)** Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 3 novembre 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de I._____.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Christophe Misteli (pour I. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :