

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 23 septembre 2021

---

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente  
MM. Métral et Neu, juges  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**E.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante,

et

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

---

**Art. 6 s., 43 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 8 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** E.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mariée, est mère de trois enfants (nés en [...], [...] et [...]). Sans formation professionnelle, elle a travaillé, de mars 2004 à mai 2019, en tant qu'ouvrière pour le compte de la société H.\_\_\_\_\_ SA, à [...]. Suivant les indications de l'ex-employeur (pièce 11), depuis le 1<sup>er</sup> 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.

Elle a été en incapacité de travail, en raison de maladie, aux taux et dates suivants :

- 100 %, du 24 avril 2018 au 22 juin 2018 ;
- 50 %, du 25 juin au 1<sup>er</sup> octobre 2018 ;
- 60 % depuis le 2 octobre 2018.

Le 4 octobre 2018, E.\_\_\_\_\_ 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 (pièce 10) des indemnités journalières ont été versées à l'assurée 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. Il en ressort également un rapport de consultation du 16 mai 2018 adressé au médecin traitant de l'assurée à l'époque (le Dr K.\_\_\_\_\_) 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-astragaliennne 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-astragaliennne à D.

Je la reverrai dans 2 semaines, période pendant laquelle je la laisse en arrêt de travail."

D'après le questionnaire 531bis du 14 novembre 2018, l'assurée en bonne santé travaillerait à 100 % comme ouvrière par nécessité financière.

Par communication du 7 mars 2019, suivant le point de vue de l'un de ses spécialistes en réinsertion professionnelle (« IP - Rapport initial » du 6 mars 2019), l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a informé l'assurée que des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas envisageables pour l'instant et qu'il convenait encore de récolter différentes informations dans le cadre de l'examen de son droit aux prestations d'assurance.

Dans un rapport non daté, enregistré au dossier le 29 mars 2019 par l'OAI, le Dr K.\_\_\_\_\_ a fait état des diagnostics de syndrome « antidépressif », d'obésité de classe III (BMI [Body Mass Index] à 47,13 kg/m<sup>2</sup>), 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 [...]), 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 X.\_\_\_\_\_, 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 X. \_\_\_\_\_ 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 K. \_\_\_\_\_ 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 en outre expliqué les « raisons de son atteinte à la santé » en ces mots :

“- Dorsalgies : je souffre d'une scoliose dextro-converse de la colonne lombaire entraînant des douleurs importantes d'où une position assise est difficile à soutenir.

- Genoux : je souffre d'un pincement significatif des deux comp[ar]timents fémoro-tibiaux entraînant des douleurs aux deux genoux et non au seul genou droit.

En conclusion, j'ai de grandes difficultés à tenir un poste de travail en position assise et verticale.”

A l'appui de ses objections, l'assurée a produit les pièces suivantes :

- 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 :

“CONCLUSION :

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 :

“INDICATION :

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'une entrevue téléphonique du 14 janvier 2020 avec un collaborateur de l'OAI, l'assurée a informé consulter un nouveau médecin depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020, à savoir le Dr P. \_\_\_\_\_ ; depuis lors elle n'était plus suivie par le Dr K. \_\_\_\_\_.

Le 30 janvier 2020, avec l'accord de l'assurée qui avait confirmé ne pas vouloir entrer dans une démarches de recherche d'un emploi, l'OAI a mis fin à l'aide au placement précédemment octroyée. De son côté, le Dr P. \_\_\_\_\_ 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 (ménisectomie partielle interne, régularisation ménisque interne ainsi qu'ablation de la plica) par le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Dans un avis « audition » du 14 juillet 2020 le SMR, par la voix du Dr W.\_\_\_\_\_, a pris position sur les derniers renseignements médicaux recueillis comme suit :

Faits-nouveaux: Un RM du Dr P.\_\_\_\_\_, 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, E.\_\_\_\_\_, a recouru contre la décision du 17 juillet 2020 en concluant implicitement à son annulation. Elle a fait verser à la procédure un rapport médical qui lui avait été adressé le 27 août 2020 par le Dr P.\_\_\_\_\_, 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, la recourante a produit, sous la forme d'une liasse compacte de pièces, un rapport du 6 octobre 2020 du Dr P.\_\_\_\_\_, composé de ses annexes, et dont le contenu est le suivant :

**“Certificat médical**

Cause : Maladie

Madame E.\_\_\_\_\_,

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”

Dans sa réponse du 12 octobre 2020, complétée le 28 octobre suivant, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il a produit un avis du SMR du 21 octobre 2020, signé du Dr W. \_\_\_\_\_, qui se termine comme suit :

“Discussion : L'instruction médicale a pris en considération les derniers éléments en date fournis par le MT [médecin traitant] (RM, 25.11.19) indiquant des LF [limitations fonctionnelles] concernant les genoux et les pieds. Aucun suivi spécialisé n'était en cours à notre connaissance. Par la suite, dans le RM du 09.03 [recte : 05.02].20, le MT annonçait une aggravation sans apporter d'éléments cliniques nouveaux, indiquant qu'il n'était à ce stade pas en mesure de déterminer les limitations physique, psychique et intellectuelle à prendre en compte, retenant essentiellement des facteurs non-médicaux. Suite à la Décision AI de juillet 2020, le MT a entrepris la réalisation d'examens complémentaires radiologiques à partir d'août 2020 dont les résultats rendent possibles la présence d'autres atteintes engendrant potentiellement, mais pas avec certitude, des LF supplémentaires. Une imagerie radiologique ne suffit pas, dans la plupart des cas, pour conclure à la présence et à l'intensité d'une atteinte fonctionnelle, ni à sa date d'apparition, en l'absence d'un examen clinique concomitant. En fonction de l'issue juridique de la présente demande, il sera nécessaire de reprendre l'instruction médicale afin d'obtenir un status clinique détaillé et compatible avec chaque nouvelle atteinte et LF annoncées, de connaître les traitements en cours et les alternatives thérapeutiques encore possible, ceci devant pouvoir être obtenu du MT en cas de symptomatologie manifeste, ou éventuellement en référant l'assurée à des spécialistes, sans nécessité d'une expertise pluridisciplinaire dans un premier temps. Toutefois, le MT retenant dans son appréciation des facteurs non-médicaux pour conclure à une CT nulle dans toutes activités, il n'est pas exclu qu'une telle expertise soit au final nécessaire.”

Le 2 décembre 2020, dans sa réplique, la recourante, bénéficiant du concours de son médecin traitant, a maintenu sa position en insistant sur la nécessité d'une expertise pluridisciplinaire pour évaluer sa « capacité [de travail] réelle ». Dans la mesure où le médecin du SMR admettait la possibilité d'établir le caractère complexe du cas, les diagnostics incapacitants suivants ont été annoncés par le médecin traitant :

- une obésité (BMI supérieur à 43) avec déformation des pieds rendant la marche et la station verticale prolongée impossible ou difficile,
- des gonalgies gauches sur une chondropathie rotulienne avec dégénérescence méniscale (IRM du 5 octobre 2020),

- des gonalgies droites avec déchirure méniscale et chondromalacie rotulienne (IRM du 4 septembre 2020 ; protocole arthroscopie du 18 juin 2020),
- des douleurs des deux épaules et limitation de l'abduction avec arthrose acromio-claviculaire et bursite et lésion transfixiante de la coiffe des rotateurs (IRM du 29 septembre 2020),
- des lombalgies chroniques avec lombosciatiques aiguës sur discopathies dégénératives L2-S1 (IRM du 4 septembre 2020),
- une dyspnée d'effort avec insuffisance cardiaque et probable coronaropathie (rapport du Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie, du 14 octobre 2020),
- un syndrome d'apnée du sommeil (rapport de la polysomnographie du 18 décembre 2018),
- des troubles neuropsychologiques avec des capacités intellectuelles et d'adaptation limitées et des troubles cognitifs.

Les rapports d'examens supplémentaires auxquels le médecin traitant a fait référence pour les diagnostics listés ont également été produits en annexe à l'écriture du 2 décembre 2020.

Dans sa duplique du 4 janvier 2021, produisant un avis du 16 décembre 2020 du Dr W. \_\_\_\_\_, du SMR, auquel il se ralliait, l'OAI a derechef conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée. Le médecin du SMR a pris position comme suit sur les derniers éléments médicaux versés au dossier :

“Discussion : La documentation radiologique à disposition a déjà été précédemment transmise. Malgré ses compétences, le MT n'est toujours pas en capacité de produire un examen clinique montrant les éventuelles LF liées à une imagerie radiologique sans comparatif antérieur, et pour des atteintes pouvant être présentes dans une grande partie de la population générale active. Bien que modérées, les atteintes des MI ont déjà occasionné la retenue de LF. Sur le plan cardiologique, on note « toutes les cavités de dimensions normale, paramètres diastolique physiologiques, espace péricardique sans épanchement notable », « les anomalies ECG sont probablement anciennes », avec une « bonne fonction bi-ventriculaire ». Malgré un test d'effort non-concluant, la condition physique médiocre de l'assurée est connue de longue date. Elle n'est pas à l'origine de l'incapacité, et ne devrait pas être incapacitante dans une activité sans effort. Sur le plan neuropsychologique, le MT n'est pas en

mesure de produire une argumentation clinique étayée, ni des examens de spécialistes, pouvant objectiver la plausibilité d'un trouble cognitif. En mars 2019, le Dr K.\_\_\_\_\_ concluait à une CT entière au moins dans une AA. Depuis lors, les revirements des MT ne peuvent être expliqués par une modification significative et objectivée de l'état clinique, chez une assurée tantôt « désireuse de se remettre au travail dans un AA » et tantôt renonçant à toute démarche de recherche d'activité professionnelle. Comme indiqué précédemment, les conséquences fonctionnelles des atteintes annoncées comme devenues incapacitantes postérieurement à la Décision AI pourront être évaluées dans le contexte d'une nouvelle demande, dans un premier temps en obtenant au minimum un status clinique de la part des médecins traitants."

Le 22 janvier 2021, la recourante a produit un rapport daté du jour précédent, dans lequel le Dr P.\_\_\_\_\_ 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. La recourante 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.

Dans ses déterminations du 15 février 2021, l'OAI a observé que ce n'était qu'en décembre 2019 que la recourante avait précisé souffrir de dorsalgies en lien avec une scoliose « dextro convexe » de la colonne lombaire, raison pour laquelle la position assise était difficile à soutenir. Dans son rapport du 5 février 2020, le nouveau médecin traitant n'avait pas établi la détérioration depuis deux ou trois ans de l'état de santé évoquée, en soulevant par ailleurs divers facteurs non-médicaux sortant du cadre de l'assurance-invalidité. Le 27 août 2020, le Dr P.\_\_\_\_\_ avait constaté, sur la base de plusieurs pièces médicales, des problématiques rachidiennes, de genoux et d'épaules motivant certaines restrictions fonctionnelles et, le 2 décembre 2020, avait précisé les diagnostics incapacitants. Quant au dernier rapport du 21 janvier 2021, le médecin traitant y avait confirmé qu'en raison des douleurs rachidiennes et des deux épaules une exigibilité, même dans une activité adaptée, était

inconcevable. Vers la fin 2019, le médecin généraliste avait certes constaté une atteinte avec incidence sur la capacité de travail, mais uniquement aux membres inférieurs de la recourante. Or il n'aurait pas manqué de mentionner une problématique entravant le maintien de la position assise s'il l'avait constatée à l'époque. Dans ces circonstances, une aggravation de l'état de santé ne serait apparue qu'au plus tôt vers la fin 2019 qui, si elle devait être objectivée avec apparition de restrictions aux membres supérieurs entravant de manière significativement durable l'exercice d'une activité lucrative, n'ouvrirait un potentiel droit à la rente qu'au plus tôt vers la fin 2020. Dès lors que la décision attaquée date du 17 juillet 2020, l'OAI a estimé qu'une éventuelle péjoration du cas ne se rapportait pas au présent litige. L'intimé a maintenu sa position dans le sens d'un rejet du recours avec maintien de la décision querellée.

Le 8 mars 2021, la recourante a produit un ultime courrier médical du même jour adressé par le Dr P.\_\_\_\_\_, 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. [...]"

### **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 compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. b LPGA) 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 aux prestations de l'assurance-invalidité (mesures professionnelles et/ou rente).

**3. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital).

**c)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**d)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent 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)** 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).

**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 K. \_\_\_\_\_).

De son côté, la recourante, par la voix de son nouveau médecin depuis la fin de l'année 2019 (le Dr P. \_\_\_\_\_), 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 K.\_\_\_\_\_) 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 P.\_\_\_\_\_ 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 P.\_\_\_\_\_, 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 U.\_\_\_\_\_, radiologue du Centre [...] 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 U. \_\_\_\_\_, 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 radriculaire.

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 U. \_\_\_\_\_ 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 P. \_\_\_\_\_ 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 P. \_\_\_\_\_ 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 P.\_\_\_\_\_, le SMR, par la voix du Dr W.\_\_\_\_\_ (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 défaillant 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.

**5. a)** Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaire et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 9C\_382/2020 du 7 octobre 2020 consid. 2.2 et la référence). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

**b)** Lorsque le juge des assurances sociales examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, *in* SVR 2007 UV n° 33 p. 111).

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit

procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

**c)** En l'espèce, il appartiendra à l'OAI d'interpeller son service médical afin que celui-ci examine l'ensemble des diverses atteintes à la santé soulevées par le Dr P. \_\_\_\_\_ dans le cadre des différents examens radiographiques complémentaires effectués au mois de septembre 2020. Cela fait, l'OAI veillera, en cas de besoin, à requérir tous les compléments nécessaires avant de rendre une nouvelle décision.

**d)** Vu l'issue du litige, la requête de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire est sans objet.

**6. a)** Le recours doit être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision rendue par l'OAI, la cause lui étant renvoyée pour mise en œuvre d'un complément d'instruction sur les différentes atteintes à la santé, puis nouvelle décision.

**b)** La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, il convient toutefois d'y renoncer en application de l'art. 50 LPA-VD. En effet, dans la mesure où les éléments conduisant à l'admission du recours ont été évoqués et produits après la date de la décision attaquée du 17 juillet 2020, l'OAI ne saurait se voir reprocher de ne pas les avoir pris en considération.

**c)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante ayant agi sans le concours d'un mandataire (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est admis.
  
- II.** La décision rendue le 17 juillet 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.
  
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- E. \_\_\_\_\_,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :