

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 février 2023

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mmes Di Ferro Demierre et Pasche, juges
Greffière : Mme Jeanneret

Cause pendante entre :

W. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1, 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. W._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], droitière, a travaillé dès octobre 2002 pour la D._____ en qualité d'aide en hôtellerie à 100 %. En arrêt de travail complet dès le 14 juin 2016, elle a perçu des indemnités journalières maladie de L._____, à l'initiative de laquelle elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 6 février 2017. Parmi les documents remis par L._____ figuraient en particulier les pièces médicales suivantes :

- Un rapport du 13 juillet 2016 Dr F._____, spécialiste en médecine interne générale, exposant que l'assurée avait consulté le 14 juin 2016 en raison d'une douleur spontanée dans le poignet droit avec irradiation dans le bras depuis deux jours.
- Un rapport de radiographie du poignet droit du 14 juin 2016, concluant à un discret diastasis scapho-lunaire droit avec possible remaniement dégénératif de l'articulation luno-capitatum et scapho-trapézo-trapézoïdien (STT).
- Un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) du 21 juin 2016, concluant à une très vraisemblable nécrose avec fragmentation du semi-lunaire et déformation secondaire de type disjonction scapho-lunaire (SLAC) du poignet avec une diastasis scapho-lunaire et une importante arthrose inter-carpienne.
- Un compte-rendu d'arthro-CT (scanner) du poignet du 28 juillet 2016, concluant à une lésion centrale du TFCC [complexe fibrocartilagineux triangulaire], avec lésion du ligament scapho-lunaire, une fracture du lunatum associée à un aspect dense compatible avec une ostéonécrose et un début d'arthrose de type disjonction scapho-lunaire (SLAC) en radio-scaphoïdien et luno-capital.

- Un rapport établi le 13 septembre 2016 par la Dre M._____, spécialiste en chirurgie et chirurgie de la main, posant le diagnostic de maladie de Kienböck de stade 4 au poignet droit. Une opération était prévue le 21 octobre 2016. Les restrictions étaient de soulever et porter des charges de plus de 2 kg, ainsi que de monter sur une échelle. Il y avait une diminution de la force et de la mobilité du côté atteint par rapport au côté sain. Une capacité de travail existait dans une activité qui ne sollicite pas la force du poignet droit, ce qui excluait le service et le ménage.

Dans un rapport du 17 février 2017, la Dre M._____ a confirmé le diagnostic de maladie de Kienböck, dont les symptômes avaient débuté en 2015, et signalé que sa patiente présentait également de l'asthme et une hernie discale lombaire.

Le Dr B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a pris la suite de la Dre M._____. Répondant le 16 mars 2017 à un questionnaire de l'OAI, il a précisé que sa patiente avait subi une intervention chirurgicale le 21 octobre 2016 consistant en une résection de la 1^{re} rangée des os du carpe et resurfaçage du capitatum par implant pyrocarbone (RCPI), mais qu'elle ressentait toujours des douleurs, une baisse de force et une baisse de mobilité du poignet droit. Les difficultés à utiliser la main droite rendaient nécessaire un poste de travail limitant l'utilisation de cette main au port de charges de 1 kg. Il a également mentionné l'impossibilité de monter sur une échelle/un échafaudage dans l'annexe portant sur les limitations fonctionnelles. Une reprise de travail dans un poste adapté était possible.

Dans un rapport établi le 11 juillet 2017 à l'attention de L._____, la Dre Z._____, spécialiste en allergologie et immunologie ainsi qu'en pneumologie, a indiqué que sa patiente présentait, en plus de l'atteinte au poignet droit, une périarthrite scapulo-humérale de l'épaule droite, des dorsolombalgies récidivantes avec petite hernie discale médiane L4-L5, protrusion discale L4-L5 et L5-S1 et arthrose postérieure marquée, une rhino-conjonctivite pérenniale à exacerbation saisonnière

(allergie à divers pollens d'arbres, aux acariens, cladosporium, chat, chien, plumes, crins), un asthme d'origine mixte allergique et non spécifique (sur infection respiratoire, sur irritants respiratoires non spécifiques), ainsi qu'un syndrome oral croisé (allergies alimentaires croisées pollens / amande, céleris, noisette, carotte, crevette, pêche, fraise, cerise, abricot, kiwi cru). S'agissant des allergies respiratoires, la Dre Z. _____ préconisait des mesures environnementales consistant à éviter l'exposition à des milieux poussiéreux, aux irritants respiratoires non spécifiques, aux allergènes (acariens, moisissures, pollens) et aux irritants respiratoires contenus notamment dans les nettoyeurs et parfums.

Le Dr T. _____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, a procédé à une expertise médicale à la demande de L. _____. Dans son rapport du 29 août 2017, ce médecin a posé les diagnostics de douleurs chroniques du poignet droit, lombo-sciatalgies gauches chroniques et status après résection de la première rangée des os du carpe et resurfaçage du capitatum proximal par implant RCPI (Tornier) droit le 26 octobre 2016. Du point de vue rhumatologique, l'incapacité de travail était totale dans l'activité professionnelle d'employée polyvalente de l'hôtellerie, en regard des contraintes de charge, des mouvements répétitifs impliquant le membre supérieur et la position debout prolongé, situation durable et vraisemblablement définitive. La capacité de travail dans une activité adaptée pourrait être de 80 % en tenant compte de la diminution de rendement. Elle serait toutefois à établir par les spécialistes entre trois et six mois après l'arthrodèse du poignet droit prévue le 15 septembre 2017. Dans tous les cas, elle s'inscrirait dans le cadre d'une activité professionnelle adaptée légère excluant les ports de charge au-delà de 2 kg, les mouvements de force et répétitifs impliquant la main et le poignet droit, ainsi que les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, et autorisant l'alternance de la position assise deux fois par heure.

Interrogé par l'OAI, le Dr B. _____ a exposé le 11 septembre 2017 qu'à huit mois de l'arthroplastie prothétique, il n'y avait pas d'amélioration clinique malgré de très nombreuses séances de

rééducation. Il n'avait plus d'autre solution thérapeutique que le blocage complet du poignet, avec une greffe osseuse à partir de la crête iliaque. La patiente avait accepté l'intervention, après laquelle il faudrait compter une période de consolidation de trois mois puis une période de convalescence d'un total de six mois.

Dans un rapport établi le 1^{er} février 2018 à l'attention de l'assurance perte de gain, le Dr B. _____ a indiqué qu'il y avait eu consolidation de l'arthrodèse effectuée en 2017, mais que la douleur au poignet persistait. La force de poigne était à 8 kg à droite, contre 30 kg à gauche. Les limitations fonctionnelles se définissaient par les douleurs et l'impotence fonctionnelle du membre supérieur droit.

L'OAI a établi un projet de décision le 16 mars 2018, prévoyant l'octroi d'une rente d'invalidité entière du 1^{er} août 2017 au 30 avril 2018, sur le constat qu'il existait une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles depuis le 22 janvier 2018 et que, dès lors, le degré d'invalidité était de 15.14 %, taux qui ne donnait pas droit à une rente.

L'assurée s'est opposée à ce projet avec un écrit du Dr B. _____ du 11 avril 2018 exposant que la consolidation de l'arthrodèse au niveau du poignet droit était acquise et qu'une intervention aurait lieu le 20 avril 2018 pour l'ablation de la plaque d'arthrodèse, dans le but de faire disparaître les douleurs persistantes. Il y aurait ensuite trois semaines d'immobilisation puis six semaines de rééducation, raison pour laquelle il fallait prolonger le droit à la rente entière pendant cette période.

Le 12 avril 2018, le Dr J. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a adressé à l'OAI un rapport débutant comme suit :

« Madame W. _____ a été examinée récemment pour sa problématique vertébrale et compte tenu de la pathologie conjointe en lien avec des séquelles de CRPS [SDRC : syndrome douloureux

régional complexe ou maladie de Sudeck] de type II du membre supérieur droit au décours d'interventions chirurgicales du poignet et lombopyalgies invalidantes dans le cadre d'un remaniement structurel avéré sous forme d'un canal lombaire étroit de grade B, mais combiné à une instabilité segmentaire L4 L5 rétrécissement foraminaux bilatéral. Ainsi dans l'état actuel il est totalement illusoire d'escompter une réinsertion professionnelle. Madame W._____ a été adressée au Dr V._____ Centre K._____ car à mon avis, une sanction chirurgicale décompressive et de stabilisation pourrait rentrer en ligne de compte.

Diagnostics :

Maladie de Kienböck stade 4 du poignet droit dans un contexte :

- Status après résection de la première rangée du carpe avec resurfaçage et mise en place d'une prothèse SRPI.
- Syndrome douloureux invalidant secondaire, imposant l'ablation de la prothèse et arthrolyse du poignet.
- Séquelles de CRPS de type II du membre supérieur droit, avec atteinte essentiellement distale.

Lombopyalgies invalidantes dans un contexte :

- En L4-L5, discopathie sévère, pincée, Pfimann V, avec antélisthésis de L4/L5 de grade II, mesuré à 11 mm dans le plan sagittal, et signe de micro-instabilité des plateaux vertébraux de type Modic I, arthropathie postérieure en poussée congestive marquée. Rétrécissement significatif des trous de conjugaison [des deux côtés] et du canal rachidien, de grade B selon la classification de Lausanne, avec importants rehaussements inflammatoires foraminaux bilatéraux et épидuraux à ce niveau. En L5-S1, discopathie dégénérative modérée, avec bombement discal circonférentiel compliqué d'une protrusion discale médiane et paramédiane bilatérale, à l'origine d'un rétrécissement foraminaux bilatéral et d'un canal rachidien, de grade B selon la classification de Lausanne. Arthropathie postérieure congestive.
- Incoordination lombo-abdominale.
- Hypermobilité articulaire.
- Obésité exogène BMI 39.8 kg/m² »

Répondant le 3 juillet 2018 à un questionnaire de l'OAI, le Dr B._____ a indiqué que l'arthrolyse était parfaitement consolidée mais que des douleurs persistaient au poignet droit. Il n'y avait pas d'autre intervention prévue ni d'autre solution thérapeutique envisagée hormis le traitement de la douleur. S'agissant des limitations fonctionnelles, il y avait impossibilité d'utiliser la main droite ou d'effectuer des tâches bimanuelles. Un travail à temps partiel sans utilisation de la main droite était possible, avec reprise progressive. Une reprise de l'activité habituelle n'était pas exigible. Dans un complément du 24 juillet 2018, ce médecin a indiqué que l'ablation du matériel avait eu lieu au mois d'avril 2018 et que

sa patiente ressentait toujours des douleurs au niveau de son poignet malgré la bonne consolidation et la rééducation. La capacité de travail dans l'activité habituelle d'aide-ménagère était de 0 % mais la capacité de travail dans une activité évitant l'utilisation de la main droite était de 100 %. Les limitations fonctionnelles étaient une impotence fonctionnelle importante du membre supérieur droit avec diminution de force, diminution de mobilité et douleurs.

Le 8 août 2018, le Dr J._____ a informé l'OAI que l'indication opératoire pour les lombaires avait été confirmée par le spécialiste consulté, de sorte qu'une réinsertion professionnelle immédiate n'entraîne pas en ligne de compte. L'assurée a ensuite produit un rapport établi le 7 août 2018 à l'attention du Dr J._____ par le Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel concluait comme suit :

« La patiente présente donc un spondylolisthésis dynamique L4-L5 avec probablement une lyse isthmique dégénérative. Sur les images, la patiente présente des sténoses foraminales bilatérales, ses sténoses provoquant des douleurs dans les membres inférieurs. J'explique à la patiente qu'au vu du traitement conservateur qui arrive au bout, je proposerai une prise en charge chirurgicale par décompression et spondylodèse avec une TLIF [fusion de vertèbres lombaires transpédiculaire] ou PLIF [arthrodèse lombaire par voie postérieure] mais par voie d'abord postérieure. La patiente semble avoir compris les tenants et les aboutissants de l'opération, pour le moment elle désire encore y réfléchir car il s'agit d'une opération importante. Je lui annonce qu'il y a de fortes chances que les douleurs disparaissent avec l'intervention mais que les douleurs dans le dos pourraient persister, elles vont certainement diminuer mais je ne peux pas lui promettre une absence de douleur lombaire. La patiente a bien compris, elle désire y réfléchir elle va vous recontacter pour tenter une nouvelle infiltration. Je reverrai la patiente cet automne pour voir l'évolution et rediscuter de la prise en charge. »

Dans un rapport du 20 août 2018, le Dr B._____ a confirmé que sa patiente présentait toujours des douleurs au poignet droit et qu'il n'y avait pas de solution chirurgicale. S'agissant uniquement de cette problématique, la capacité de travail serait de 100 % uniquement s'il n'y avait aucune utilisation du membre supérieur droit, car la douleur était constante, la baisse de force importante et la mobilité du poignet limitée aux mouvements de pronosupination.

Une IRM cervicale et du défilé scalénique du 17 octobre 2018 a montré une importante protrusion discale disco-ostéophytique C5-C6 associée à une uncarthrose bilatérale et pouvant provoquer une irritation des racines C6 des deux côtés mais particulièrement du côté droit.

Le Dr J._____ a écrit le 26 janvier 2019 à l'OAI que, depuis son précédent rapport, la situation s'était détériorée, avec en avant-plan un handicap fonctionnel et douloureux lombaire non contrôlé, qui requérait une décompression d'un canal étroit sévère de grade D en L4-L5 avec instabilité et dans le même temps une spondylodèse lombaire inférieure. Les délais pour procéder à l'intervention étaient source de problèmes et s'était greffé par ailleurs un état dépressif majeur nécessitant une prise en charge, problématique en lien avec les difficultés sociales et financières rencontrées. Le Dr J._____ sollicitait par conséquent l'octroi d'une rente « au moins transitoire », afin de contribuer à alléger les difficultés financières rencontrées.

Les Drs C._____ et [...], tous deux spécialistes en anesthésiologie, ont adressé un rapport à l'OAI le 22 mars 2019, dans lequel ils exposaient que l'assurée présentait une douleur chronique neuropathique du poignet droit sur une maladie de Kienböck et post chirurgicale, remplissant plusieurs critères diagnostiques de Budapest et parlant donc pour un CRPS. Elle avait refusé tout nouveau traitement médicamenteux en raison des effets secondaires. Un bloc du ganglion stellaire lui avait été proposé, mais l'assurée souhaitait prendre le temps d'y réfléchir. Un bloc du nerf radial superficiel à droite effectué le 1^{er} février 2019 avait été négatif.

Le 29 mars 2019, le Dr H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la psychologue P._____ ont indiqué suivre l'assurée depuis le 31 janvier 2019 à un rythme bimensuel. Ils ont posé le diagnostic de douleur chronique où interviennent des facteurs somatiques et psychiques (F45.4) depuis 2014, d'épisode dépressif moyen (F32.1) depuis 2016 et de difficultés liées au logement et aux conditions économiques

(Z59). Les limitations fonctionnelles étaient les difficultés dans les déplacements à cause du dos, les difficultés de manipulation des objets à cause de la main droite bloquée chez une patiente droitrière et des difficultés dans la reconnaissance de sa maladie et dans la gestion du traitement. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et de 50 % dans une activité adaptée, mais la patiente avait des difficultés pour s'adapter au changement. Les difficultés physiques (blocages, douleurs chroniques importantes) et émotionnelles (non-reconnaissance de son état actuel) faisaient obstacle à sa réinsertion.

Le 9 juillet 2019, le Dr J. _____ a informé l'OAI que l'assurée serait opérée le 11 septembre 2019 par le Dr V. _____.

Par décision du 1^{er} octobre 2019, confirmant un nouveau projet du 30 juillet 2019, l'OAI a reconnu le droit de l'assurée à une rente entière dès le 1^{er} août 2017.

B. A la demande de l'OAI, l'assurée a rempli un questionnaire pour la révision de la rente le 12 mai 2020. Elle a indiqué que son état de santé s'était aggravé, en raison de « douleurs ++ résistantes » depuis 2017. Elle a précisé qu'elle ressentait de l'inconfort dans les positions assise et debout, qu'elle n'avait plus aucun plaisir à faire une activité et qu'elle ne se voyait pas faire du sport ou une quelconque activité.

Interrogé par l'OAI, le Dr Q. _____, spécialiste en médecine interne générale et en pneumologie, médecin généraliste traitant de l'assurée, a écrit le 26 mai 2020 que la situation de santé de sa patiente s'était aggravée, avec une impotence fonctionnelle totale du poignet droit, des douleurs chroniques lombaires, une gonarthrose tri-compartimentale et une déchirure longitudinale du ménisque externe droit le 13 juin 2019. La capacité de travail était nulle dans toute activité.

Le Dr J. _____ a également répondu aux questions de l'OAI le 12 septembre 2020. Indiquant qu'il n'existait aucune exigibilité professionnelle, il a précisé qu'une reprise d'activité professionnelle n'était

pas réaliste compte tenu de la sévérité du handicap fonctionnel intriqué, qui n'avait pas été amélioré malgré les diverses interventions chirurgicales. Il posait les diagnostics avec effet sur la capacité de travail suivants :

- « □ Lombosciatalgies bilatérales invalidantes dans un contexte de :
 - Spondylodèse TILF pour spondylolisthésis de grade III de L4-L5 sur lyse isthmique et instabilité L4-L5. Status après décompression d'un canal lombaire étroit de grade D à ce niveau. En L5-S1, discopathie dégénérative avec bombement discal circonférentiel compliqué d'une protrusion discale médiane et paramédiane bilatérale, à l'origine d'un rétrécissement foraminal bilatéral et d'un canal rachidien, de grade B selon la classification lausannoise.
 - Sévère dysbalance musculaire des secteurs sous pelviens antérieurs et postérieurs.
 - Version pelvienne accentuée avec meralgie paresthésique bilatérales prédominant à droite.
 - Incoordination lombo-abdominale.
 - Obésité exogène.
- Cervico-brachialgies bilatérales prédominant à droite dans un contexte de :
 - Discopathie dégénérative C5-C6 irritative dans le cadre d'un rétrécissement foraminal et de conflit potentiel C6 bilatéral prédominant à droite. Dysbalances musculaires des ceintures cervico-scapulaires bilatérales.
 - Séquelles de CRPS de type II du membre supérieur droit. Status après résection de la première rangée du carpe avec resurfaçage et mise en place d'une prothèse SRPI pour maladie de Kienböck stade 4 du poignet droit se soldant par un syndrome douloureux invalidant secondaire, imposant l'ablation de la prothèse et arthrodèse du poignet. Restriction fonctionnelle essentiellement distale du membre supérieur, mais aussi sursollicitation fonctionnelle de l'épaule qui rend totalement illusoire tout port de charge de préhension à droite.
- État dépressif réactionnel. »

A la suggestion du SMR, l'OAI a également interrogé le Dr V._____. Celui-ci a répondu le 9 février 2021 que les douleurs ressenties par l'assurée au niveau lombaire, du poignet et du genou droit ne lui permettaient pas de travailler. La spondylodèse L4-L5 avait augmenté la fluidité à la marche et lors des changements de position, mais les douleurs étaient toujours aussi importantes au niveau lombaire, des douleurs très intenses permanentes dans toutes les positions. Au niveau du poignet, l'assurée avait toujours des crises douloureuses et

devait tenir son bras avec la main controlatérale. Elle présentait aussi des crises douloureuses au niveau du genou droit, régulièrement depuis six mois, probablement sur une gonarthrose valgusante. Le Dr V._____ a joint les lettres de consultation adressées au médecin généraliste traitant les 22 avril 2020 et 22 septembre 2020.

Suivant l'avis de son Service médical régional (SMR) du 7 avril 2021, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire comprenant les volets de rhumatologie, psychiatrie et médecine interne auprès du centre d'expertise N._____. Les Drs G._____, médecin praticien, U._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et X._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation ainsi qu'en rhumatologie, ont déposé leur rapport le 9 décembre 2021. Celui-ci comporte une expertise pluridisciplinaire (ch. I) et des expertises spécialisées de médecine interne (ch. II), psychiatrie (ch. III) et rhumatologie (ch. IV). Un résumé du dossier figure par ailleurs dans l'annexe 1. Dans leur évaluation pluridisciplinaire, les experts ont posé les diagnostics d'éléments pertinents ayant une incidence sur la capacité de travail de status après arthrolyse du poignet droit pour maladie de Kienböck au stade 4 le 15 septembre 2017, status après mise en place d'une cage pour canal lombaire étroit, micro-instabilité lombaire L4-L5 et hernie discale le 11 septembre 2019, gonarthrose droite débutante avec chondropathie rotulienne, ainsi que multiples allergies (ch. I.1.d.3). Ils ont en outre retenu les diagnostics d'éléments pertinents sans incidences sur la capacité de travail, notamment, d'autres troubles de l'humeur persistants (F34.8), cervico-brachialgies bilatérales, status après syndrome épaule-main droite en bonne voie de résolution, dysbalance musculaire et insuffisance de la sangle abdominale avec déconditionnement physique, rhizarthrose gauche probable et fibromyalgie (ch. I.1.d.4). D'un point de vue interdisciplinaire, le degré global d'atteinte à la santé, compte tenu de tous les déficits énoncés, était considéré comme moyen à grave en respectant le profil d'effort, soit de gravité mineure sur le plan psychiatrique, moyen à grave du point de vue rhumatologique et sans déficit pour les atteintes de médecine interne avec toutefois des limitations fonctionnelles liées aux multiples allergies (ch. I.1.d.5). Il n'y avait pas de limitations fonctionnelles

d'ordre psychiatrique. En revanche, sur les plans rhumatologiques et de médecine interne, les experts ont retenu ce qui suit, en précisant qu'il s'agissait également du profil d'effort du point de vue interdisciplinaire (ch. I.1.d.7) :

« Du point de vue rhumatologique, pour éviter toute aggravation des troubles dégénératifs lombo-vertébraux, la personne assurée est capable d'effectuer un travail en alternant les positions assise et debout, en limitant le port de charges à 2 kg. En raison de l'arthrodèse de la main droite et des douleurs résiduelles liées à la maladie de Sudeck, elle ne peut utiliser cette dernière que pour stabiliser un objet dans le cadre d'un travail bi-manuel. Elle doit aussi éviter toutes les activités qui demandent une position agenouillée ou accroupie prolongée, toutes les activités qui demandent une sécurité augmentée sur des échafaudages ou des échelles et toutes les activités qui demandent une posture forcée non ergonomique surchargeant le rachis dans sa totalité.

Du point de vue de la médecine interne, la limitation fonctionnelle suivante, relative aux allergies est retenue : éviter toute exposition à la poussière, aux irritants respiratoires non spécifiques, aux parfums et aux allergènes suivants : acariens, moisissures, pollens, latex, châtaigne, bétulacées, certains produits nettoyants sans précision, cladosporium, chat, chien, plumes, crins, amande, céleris, noisette, carotte, crevette, pêche, fraise, cerise, abricot, kiwi cru. »

Les experts ont par ailleurs noté une divergence manifeste entre l'importance des symptômes décrits par l'assurée et son comportement en situation d'examen clinique, dès lors qu'elle était restée assise tout au long de l'entretien, sans demander à se lever et sans qu'il soit remarqué le moindre signe de douleur ou de gêne. Il existait par ailleurs quelques éléments d'autolimitation, en particulier une importante fibromyalgie avec un score de Wolfe à 28/31, mais pas d'exagération ou de simulation avérée (ch. I.1.d.8). S'agissant de la capacité de travail, elle était définie par l'expertise rhumatologique et aucune mesure thérapeutique n'était susceptible de l'améliorer. Ainsi, elle était restée nulle dans l'activité habituelle depuis la décision d'octroi de rente. Dans une activité adaptée, elle s'élevait à 40 % depuis le 22 avril 2020, soit 4h20 avec un rendement diminué de 20 % avec des pauses supplémentaires en raison de la surcharge du rachis, sans amélioration possible (ch. I.1.d.9-12), étant précisé que la stabilisation de l'opération lombaire était acquise au 21 avril 2020 selon les radiographies (ch. I.1.d.13, p. 12).

Dans son avis du 28 janvier 2022, le SMR s'est rallié aux conclusions de l'expertise.

L'OAI a rendu un projet de décision le 23 février 2022, prévoyant de remplacer la rente entière par trois-quarts de rente. Il a retenu que le degré d'invalidité s'élevait à 62.95 % après comparaison du revenu sans invalidité avec le salaire statistique concernant une femme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services à 40 %, sans abattement supplémentaire après examen des facteurs de réduction. Ce projet se fondait sur un calcul du salaire exigible établi le 1^{er} février 2022, dans lequel il était noté que l'assurée pourrait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple et répétitif 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 ou aide-administrative (réception, scannage et autres).

Par décision du 11 avril 2022, reprenant la motivation de son projet de décision, l'OAI a remplacé la rente entière par une rente d'invalidité de 63 % dès le 1^{er} juin 2022.

Le 16 avril 2022, le Dr J._____ a déclaré contester l'exigibilité professionnelle de 40 % dans une activité adaptée retenue par les experts de N._____. D'une part, les lombalgies n'avaient pas été influencées par la spondylodèse effectuée en 2019, seuls les épisodes de sciatique étant mieux contrôlés tandis qu'il subsistait toujours un handicap fonctionnel douloureux avec un sévère impact dans les diverses activités au quotidien. D'autre part, la maladie de Kienböck au poignet droit remettait en question les activités de force bimanuelles et l'assurée s'orientait vers de nouvelles complications au niveau de la main gauche avec une arthropathie inflammatoire probablement en lien avec une atteinte microcristalline et survenue d'un CRPS de type I. Par ailleurs, l'assurée présentait une maladie de Morton du 2^e et 3^e espace de pied droit, responsable de boiterie décompensant le genou droit, lequel présentait

une gonarthrose valgissante, et contribuant à des contraintes ascendantes sursollicitant le segment lombaire mal adapté à assumer toute nouvelle demande. S'ajoutait un état dépressif récurrent, réactionnel à l'état de santé, privant l'assurée des ressources personnelles qui lui permettraient d'exercer une autre activité professionnelle. Ainsi, sur le plan professionnel, toutes les activités théoriques assises statiques remettraient rapidement en question l'équilibre cervico-scapulaire et les activités sous forme de mouvements répétitifs seraient également mal tolérés au niveau des épaules et des poignets, dans un contexte de membre supérieur droit non fonctionnel et de membre supérieur gauche en état inflammatoire.

Le 2 mai 2022, l'OAI a rendu une nouvelle décision, annulant et remplaçant la précédente, octroyant trois-quarts de rente à compter du 1^{er} juin 2022. Dans un courrier du même jour, l'OAI a informé l'assurée que son médecin ne pouvait contester la décision. L'écrit du Dr J. _____ d'avril 2022 avait néanmoins été soumis au SMR, lequel n'avait pas modifié ses conclusions.

C. Par acte du 19 mai 2022 adressé à l'OAI, qui l'a transmis le 20 mai 2022 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal comme objet de sa compétence, W. _____ a déclaré s'opposer à la décision précitée en se fondant sur les conclusions du Dr J. _____ du 16 avril 2022. Invitée par la Juge instructrice à rectifier son recours en précisant ses conclusions, la recourante s'est exécutée le 2 juin 2022, déclarant qu'elle contestait l'exigibilité professionnelle de 40 % retenue par l'intimé et faisant valoir une péjoration de son état de santé documentée par le rapport médical du 16 avril 2022.

Répondant le 11 juillet 2022, l'intimé a proposé le rejet du recours, en se référant à un nouvel avis SMR du 23 juin 2022, qui confirmait ses précédentes conclusions après avoir confronté le rapport du Dr J. _____ à l'expertise et relevé l'absence d'élément susceptible de remettre en cause l'appréciation des experts.

Le Dr J. _____ a adressé un courrier au tribunal le 9 août 2022, par lequel il remettait en cause la valeur probante de l'expertise. Il a exposé en premier lieu que l'attitude de sa patiente au cours de l'expertise avait été mal interprétée par les experts, en ce sens qu'elle avait tendance à adopter un comportement de résignation passive, avec une expression pauvre, ce qui ne signifiait cependant pas qu'elle ne ressentait aucune douleur. Il n'y avait donc pas de discordance entre les plaintes et les substrats organiques objectivables. En outre, la patiente avait abandonné le suivi psychiatrique en raison du peu d'impact de l'approche psycho-comportementale et avait interrompu tous les traitements médicamenteux contre la douleur en raison de sévères effets secondaires, notamment digestifs. Par ailleurs, la spondylodèse avait seulement libéré la patiente de sa souffrance nerveuse, sans modifier le déséquilibre sagittal sous-jacent préexistant, à l'origine de fortes contraintes de l'axe vertébral dans son ensemble et expliquant l'origine d'un flexum des hanches et des genoux. Le Dr V. _____ avait mentionné que seule la sciatique avait été soulagée mais que les autres douleurs restaient présentes, information omise par les experts. A cette problématique s'ajoutait celle du poignet droit, causant des douleurs dont l'intensité ne pouvait être contrôlée et limitant la force de préhension, ainsi qu'une arthropathie périphérique en poussée fluxionnaire touchant le poignet gauche, une maladie de Morton du 2^e et 3^e espace de pied droit responsable d'une boiterie décompensant actuellement le genou droit, boiterie qui n'était pas visible sur les très courtes distances, comme dans une salle d'examen, mais au fil de la déambulation. Le Dr J. _____ a joint divers outils d'évaluation qu'il a utilisés pour objectiver l'impact des troubles ostéo-articulaires de la recourante et conclure à une capacité de travail nulle dans toute activité.

Le 29 août 2022, l'intimé a déclaré maintenir ses conclusions en se référant à sa précédente écriture.

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). Selon l'art. 39 al. 2 LPGA, en corrélation avec l'art. 60 al. 2 LPGA, lorsqu'une partie s'adresse en temps utile à un assureur incompetent, le délai est réputé observé.

b) En l'occurrence, le recours a été déposé en temps utile auprès de l'intimé, qui l'a transmis d'office au tribunal de céans compétent (art. 30 LPGA et 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Respectant par ailleurs les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière de l'assurance-invalidité, singulièrement sur la question de savoir si son état de santé s'est amélioré de manière à influencer son droit à la rente entre le 1^{er} octobre 2019, date de la décision initiale par laquelle une rente entière lui a été accordée, et le 2 mai 2022, date de la décision litigieuse.

b) Le juge apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

En l'occurrence, des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre

du « développement continu de l'AI » (pour la LAI, modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et pour le règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI ; RS 831.201], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Ces nouvelles dispositions s'appliquent à toutes les rentes qui prennent naissance à partir du 1^{er} janvier 2022. En revanche, les rentes en cours des personnes assurées ayant moins de 55 ans au 1^{er} janvier 2022 (naissance entre 1967 et 2003) sont transférées dans le nouveau système de rentes linéaires (art. 28b LAI), pour autant que les conditions posées à l'art. 17 al. 1 LPGA soient remplies (modification du taux d'invalidité d'au moins 5 points de pourcentage ; ch. 9201 de la Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI] valable dès le 1^{er} janvier 2022). Ainsi, pour ces personnes, la quotité de la rente déterminée selon l'échelonnement prévu par l'ancien droit (let. b al. 1, 2 et 3 des dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020) reste garantie jusqu'au moment où, lors d'une révision, leur taux d'invalidité subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (cf. art. 17 al. 1 LPGA) et que cette modification comporte une augmentation du taux d'invalidité qui a pour effet une augmentation de la quotité de la rente, ou une diminution du taux d'invalidité qui a pour effet une diminution de la quotité de la rente (ch. 2004 de la Circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rente linéaire [Circ. DT DC AI] valable dès le 1^{er} janvier 2022).

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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 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) 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. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1), un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 % donnant droit à une quotité de rente correspondant au taux d'invalidité (al. 2), un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 % donnant droit à une rente entière (al. 3), tandis qu'un taux d'invalidité compris entre 40 et 49 % donne droit à une rente de 25 % à 47.5 % (al. 4 ; chaque point d'invalidité supplémentaire augmentant la quotité de la rente de 2.5 %).

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).

c) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let.a), ou atteint 100 % (let. b).

Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être

révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force - qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus - et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2).

4. a) 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).

b) 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).

5. a) En l'espèce, une rente AI entière a été octroyée à la recourante dès le 1^{er} août 2017 par décision du 1^{er} octobre 2019. L'instruction médicale avait révélé l'existence d'une atteinte au poignet droit entraînant de manière définitive une incapacité de travail complète dans l'activité habituelle d'aide-ménagère. Quant à la capacité de travail dans une activité adaptée, elle avait également été restreinte dans une large mesure en raison des soins rendus nécessaires par l'atteinte au poignet droit, puis par une détérioration de la situation au niveau lombaire apparue début 2019, pour laquelle une intervention chirurgicale avait finalement été effectuée en septembre 2019 avec une période de convalescence probable de six mois. Une problématique psychique s'était ajoutée, en lien avec les douleurs et les difficultés socio-économiques résultant de la fin du droit aux indemnités journalières.

Seule la problématique du poignet a fait l'objet d'une expertise, mise en œuvre par l'assurance perte de gain maladie, en août 2017. La situation n'était alors pas encore stabilisée et l'expert avait préconisé de réévaluer la capacité de travail à six mois de l'arthrodèse à venir. Cette expertise relevait cependant déjà l'existence de lombosciatalgies entraînant des limitations fonctionnelles au niveau du rachis, qui s'ajoutaient à celles liées à la diminution de force et de mobilité de la main droite. Les spécialistes traitants ont ultérieurement fait mention d'un tableau clinique parlant en faveur d'un CRPS au niveau du membre supérieur droit. Quant aux psychothérapeutes, ils évoquaient une capacité

de travail diminuée mais relevaient principalement des limitations fonctionnelles d'ordre somatique.

b) Procédant d'office à une révision du droit à la rente six mois après la décision d'octroi de rente entière, l'intimé a réinterrogé les spécialistes traitants de la recourante. Ceux-ci ont unanimement fait état d'une péjoration de l'état de santé, en mentionnant une impotence totale du poignet, l'absence d'amélioration des lombosciatalgies après l'intervention de septembre 2019 ainsi que l'apparition de gonalgies et de cervico-brachialgies bilatérales liées à une discopathie dégénérative C5-C6 et des séquelles de CRPS du membre supérieur droit. En particulier, le Dr J._____, spécialiste consulté pour les douleurs dorsales, a évoqué une problématique de troubles posturaux se manifestant par des dysbalances musculaires marquées des ceintures cervico-scapulaires et signalé une restriction fonctionnelle des hanches et des genoux dans le cadre de troubles dégénératifs articulaires et des dysbalances musculaires. Les gonalgies causaient une boiterie, des difficultés lors de la déambulation en terrain accidenté et limitaient les déplacements dans les escaliers ou les positions assises longtemps maintenues. Ces atteintes étaient accompagnées d'un état dépressif réactionnel (cf. rapport du 12 septembre 2020, ch. 7 et 8). Sur le plan somatique, les constats du Dr J._____ ont été corroborés par le Dr V._____, chirurgien qui a procédé à la spondylodèse en septembre 2019 et a assuré le suivi postopératoire durant l'année 2020. Ces deux spécialistes ont posé un pronostic négatif pour la reprise d'une activité professionnelle, laquelle ne paraissait pas exigible.

A réception de ces différents rapports, l'intimé a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire. Celle-ci a conclu à l'existence d'une capacité de travail de 40 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, lesquelles étaient définies principalement par les problématiques rhumatologiques. Si les experts ont confirmé l'ensemble des diagnostics posés par les médecins traitants, ils ont en revanche nié toute incidence sur la capacité de travail des troubles de l'humeur, des cervico-brachialgies et de la dysbalance musculaire, de même que du

syndrome épaule-main droite qui paraissait en voie de résolution. Dans son rapport spécialisé, l'expert en rhumatologie a néanmoins relevé que l'obésité et le syndrome de dysbalance musculaire avec insuffisance de la sangle abdominale favorisait la symptomatologie douloureuse lombo-vertébrale (ch. IV.6.a.3, p. 62). S'agissant de la capacité de travail résiduelle retenue, l'expert rhumatologue a exposé ce qui suit (ch. IV.6.a.4, p. 63) :

« Selon le rapport de chirurgie orthopédique du Dr V. _____ du 22.04.2020, les radiographies du 21.04.2020 montrent un matériel en place, sans déplacement visible, par rapport aux dernières radiographies avec une bonne stabilité des vis et de la cage. Conclusion : au niveau lombaire, le médecin propose à la personne assurée de poursuivre ainsi, sans modification de l'activité. Elle n'a pas actuellement de restriction mais elle sera limitée par les douleurs.

La capacité de travail dans l'activité habituelle comme employée polyvalente dans l'hôtellerie est restée de 0 % depuis la dernière décision du 01.10.2019 et, dans une activité adaptée, la capacité de travail a été également de 0 % jusqu'au 21.04.2020 avec la stabilisation de l'opération lombaire selon les radiographies. Selon toute vraisemblance, la capacité de travail dans une activité adaptée est de 40 % depuis le 22.04.2020.

Le Dr V. _____ a probablement pris en compte des motifs autres que orthopédiques/rhumatologiques pour juger l'incapacité de travail de 100 % dans une activité adaptée. »

Il apparaît ainsi que l'expert rhumatologue s'est référé aux constats du rapport d'examen établi par le Dr V. _____ en avril 2020, à sept mois de la spondylodèse, pour fixer la date de la récupération d'une capacité de travail. Il n'a cependant pas motivé le taux d'activité retenu, alors que les spécialistes traitants concluent pour leur part à une incapacité de travail totale. L'expert ne s'est en particulier pas positionné sur les rapports de septembre 2020 et février 2021, dans lesquels le Dr V. _____ faisait état d'importantes douleurs lombaires non amendées par l'opération et d'une augmentation progressive des douleurs au niveau des genoux, d'origine arthrosique. L'expert ne s'est pas davantage exprimé sur les conclusions du Dr J. _____ de septembre 2020. Or, tant le Dr J. _____ que le Dr V. _____ ont étayé leurs conclusions avec des constatations médicales objectives, qui rejoignent celles de l'expert.

Or, bien qu'il pointe une divergence entre les symptômes décrits par la recourante et son comportement en situation d'examen clinique (ch. IV.7.c.2), ainsi que des éléments d'autolimitations (ch. IV.7.c.3), l'expert admet que les problèmes arthrosiques sont responsables des douleurs rapportées par la recourante au niveau du rachis (ch. IV.6.a.4). Il a en outre déterminé de nombreuses limitations fonctionnelles (ch. IV.7.d.1), destinées principalement à éviter toute aggravation des troubles dégénératifs lombo-vertébraux, avec la précision qu'il faut d'une manière générale « éviter toutes les activités qui demandent une posture forcée non ergonomique surchargeant le rachis dans sa totalité » et que, même dans une activité adaptée, le temps de présence est limité à une demi-journée avec des pauses supplémentaires en raison de la surcharge du rachis. L'expert a également relevé que l'utilisation de la main droite doit être limitée à la stabilisation d'un objet dans le cadre d'un travail bimanuel et qu'il faut éviter les activités demandant une position agenouillée ou accroupie prolongée, de même que les activités demandant une sécurité augmentée (échelle ou échafaudage). Face à un tel tableau clinique, il paraît contradictoire de conclure sans autre explication à la récupération d'une capacité de travail de 40 %, laquelle équivaut en réalité à un temps de présence de 50 % avec une diminution de rendement de 20 %, et de qualifier le handicap présenté par l'assurée de « moyen à grave ». L'expert ne semble pas avoir tenu compte des possibles interactions entre les différentes problématiques. Il paraît cependant envisageable, comme l'a relevé le Dr J._____, qu'une sollicitation accrue du seul membre supérieur gauche dans le cadre d'une activité professionnelle puisse amener un déséquilibre sur le rachis. Par ailleurs, ce médecin a également expliqué que sa patiente avait renoncé à toute médication antidouleurs en raison d'importants effets secondaires, si bien que cet élément ne saurait démontrer que les douleurs ne sont pas invalidantes.

Dès lors, il faut constater que les conclusions de l'expertise sont remises en question par des avis médicaux ayant une forte valeur probante, de sorte que la Cour n'est pas en mesure de trancher. Une telle situation justifierait en principe de soumettre la question à un nouvel

expert. Il sera cependant renoncé à cette mesure d'instruction, dès lors qu'il faut conclure que l'activité adaptée, telle que définie par l'expertise pluridisciplinaire, ne répond de toute manière pas aux critères d'exigibilité pour les motifs exposés ci-après.

6. a) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 8C_407/2018 du 3 juin 2019 consid. 5.2 ; TF 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.2). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. On ne peut parler d'activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsque celle-ci ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C_326/2018 du 5 octobre 2018 consid. 6.2 ; TF 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C_98/2021 du 31 mai 2021 consid. 5.2 ; 9C_774/2017 du 30 juin 2017 consid. 5.2 ; 8C_150/2013 du 23 septembre 2013 consid. 3.2). Néanmoins, l'examen de l'exigibilité s'effectue de façon d'autant plus approfondie que le profil d'exigibilité est

défini de manière restrictive (TF 8C_240/2021 du 15 septembre 2021 consid. 3 ; 8C_95/2020 du 14 mai 2020 consid. 5.2.2).

b) En l'espèce, l'assurée était âgée de 54 ans au moment où les experts de N._____ ont rendu leur rapport, de sorte que la jurisprudence relative aux assurés proche de l'âge de la retraite n'entre pas en ligne de compte (cf. ATF 138 V 457 consid. 3.1 et 3.3 ; TF 9C_195/2019 du 11 juin 2019 ; 9C_774/2017 consid. 5.3). Toutefois, comme déjà relevé, les limitations fonctionnelles déterminées par les experts sont particulièrement restrictives et permettent seulement, selon eux, d'exercer une activité professionnelle avec un temps de présence de 50 % et une diminution de rendement de 20 % en raison des pauses nécessaires. Un examen particulièrement approfondi du profil d'exigibilité s'impose donc.

A cet égard, il y a lieu de relever que, même s'il n'a pas la même appréciation des capacités résiduelles de la recourante que les médecins traitants de celle-ci, l'expert rhumatologue a admis que l'intéressée ne pouvait pas se servir de sa main droite et qu'elle présentait des cervico-brachialgies, des lombalgies et des gonalgies, lesquelles justifiaient des restrictions fonctionnelles strictes et des pauses plus fréquentes diminuant le rendement. De nombreuses parties du corps sont ainsi concernées (bras droit, dos, genoux) et le port de charges limité à 2 kg. Il convient par ailleurs de souligner que la recourante est droitrière, de sorte que la restriction touchant l'utilisation de cette main implique un report sur la main non dominante. Dans ces conditions, les activités nécessitant de la dextérité ou de la motricité fine sont à proscrire.

Or, parmi les activités retenues comme adaptées par l'intimée, figurent le montage dans le domaine industriel léger, ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrière dans le conditionnement ou encore aide-administrative pour le scannage ou la réception. De telles activités nécessitent une certaine dextérité ou motricité fine et il paraît ainsi peu probable qu'un employeur soit prêt à engager pour de telles tâches une personne qui ne peut se servir de sa main dominante que pour

stabiliser un objet. Quant aux activités de contrôle ou de surveillance d'un processus de production également mentionnées par l'intimée, celles-ci paraissent peu compatibles avec la nécessité de faire des pauses plus fréquentes. Un employeur hésitera fortement à engager une personne qui, non seulement nécessite un poste de travail adapté, mais qui doit en outre interrompre plus fréquemment le contrôle ou la surveillance pour se reposer, avec de potentielles répercussions sur le processus de production. En outre, la recourante doit éviter d'être exposée à de nombreux éléments compte tenu de ses allergies.

Pour le reste, la Cour de céans ne voit pas quel type d'activité la recourante pourrait exercer au regard de l'ensemble des limitations fonctionnelles décrites dans l'expertise. Au contraire, il faut admettre que, même en prenant en considération le large éventail d'activités simples et répétitives ne nécessitant pas de formation dans les secteurs de la production et des services, les possibilités d'un emploi adapté aux importantes limitations de la recourante n'apparaissent pas suffisantes pour qu'elle puisse mettre en valeur sur le plan économique la capacité de travail résiduelle déterminée par les experts.

Ce constat a pour corollaire qu'aucune amélioration de la capacité de travail justifiant une révision du droit à la rente ne peut être retenue.

7. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision litigieuse annulée.

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 partie intimée, vu l'issue du litige.

Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens, la partie recourante ayant procédé sans mandataire qualifié (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 2 mai 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- W. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :