

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 août 2023

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Gauron-Carlin, juge, et Mme Gabellon, assesseure
Greffier : M. Genilloud

Cause pendante entre :

P. _____, à [...], recourante, représentée par Me Gloria Capt, à Lausanne,

et

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

Art. 61 let. c LPGA ; 28 et 29 LAI

E n f a i t :

A. a) Titulaire d'un diplôme de secrétaire de direction, P. _____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en [...], a travaillé à plein temps en qualité de responsable d'agence auprès de I. _____ (I. _____) depuis le 1^{er} mai 1995.

B. b) Le 2 avril 2019, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en vue de l'octroi d'une rente, exposant souffrir d'une atteinte au nerf sciatique à la suite d'une opération pour la pose d'une prothèse totale du genou droit qui a eu lieu le 12 octobre 2018.

Dans un certificat médical du 4 février 2019, le Dr C. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a confirmé avoir procédé à la mise en place d'une prothèse totale du genou droit le 12 octobre 2018, intervention qui avait eu lieu sans encombre. Au réveil, la patiente avait toutefois ressenti de fortes douleurs ce qui avait conduit l'anesthésiste à procéder à une anesthésie supplémentaire par bloc du nerf sciatique droit. Par la suite, à un ou deux jours post-opératoires, des douleurs au niveau du pied droit et une sensation de persistance d'anesthésie de la plante du pied ainsi que des paresthésies/dysesthésies sur le bord latéral de la jambe étaient apparues. Le diagnostic de lésion du nerf sciatique droit avait été confirmé par la suite et une amélioration progressive était attendue avec un retour à la normale probablement entre six et dix-huit mois. En attendant, l'assurée ressentait un fort handicap avec encore des raideurs du pied droit et la nécessité de la mise en place d'une attelle anti-step. Elle ressentait des brûlures, des paresthésies et des picotements encore au niveau de la plante du pied et de l'aspect latéral de la jambe qui s'amélioraient progressivement mais qui l'empêchaient de conduire ou de marcher de longues distances.

L'électroneuromyographie (ENMG) réalisée le 5 avril 2019 ne montrait plus de signes de dénervation aiguë récente dans les muscles

explorés, dépendants du nerf sciatique droit ; il n'était pas possible pour la Dre G._____, spécialiste en neurologie, de localiser, en l'état, le site de la lésion du nerf sciatique droit survenue le 12 octobre 2018 étant donné qu'un EMG (électromyogramme) étagé n'avait pas été effectué auparavant.

Le 15 mai 2019, le Dr C._____ a attesté d'une totale incapacité de travail dès le 22 mars 2018, 80 % dès le 11 juin 2018, 100 % dès le 12 octobre 2018, 75 % dès le 4 février 2019 et 50 % dès le 9 mai 2019 en raison d'une atteinte du nerf sciatique droit depuis le 14 octobre 2018. Il a précisé à titre de diagnostics sans effet sur la capacité de travail que l'assurée avait subi une prothèse totale de genou (PTG) bilatérale en 2018 et qu'elle souffrait d'une obésité morbide. L'assurée avait en effet également bénéficié d'une prothèse totale du genou gauche le 23 mars 2018. Le Dr C._____ prévoyait une reprise du travail à 100 % dans six mois étant précisé que l'assurée avait besoin de cannes et d'une voiture adaptée.

Dans un rapport du 5 juillet 2019, le Dr V._____, spécialiste en médecine générale, a évalué la capacité de travail à 60 % dès le 1^{er} juillet 2019 en raison de troubles majeurs de la mobilité et du déplacement et d'une décompensation de douleurs brachiales.

En automne 2019, l'assurée a bénéficié de la part de l'OAI d'une mesure d'accompagnement à une adaptation de son poste de travail au sein de I._____, ainsi que de la prise en charge de divers moyens auxiliaires, tels qu'un tabouret de douche, de frais d'adaptation de la salle de bain, d'un monte-escaliers et des frais de modifications à apporter au véhicule à moteur.

Etant en incapacité de travail réduite à 20 % dès le 23 septembre 2019, elle a bénéficié d'une mesure de réinsertion (art. 14a LAI) sur son lieu de travail à partir du 18 novembre 2019 jusqu'au 17 mai 2020 afin de la maintenir dans son poste et d'augmenter son taux d'activité de 80 % à 100 %, requis pour garder la direction de l'agence. Selon des entretiens avec l'employeur du 12 novembre 2019 et du 4

février 2020, l'assurée avait bien repris le travail à 80 % et arrivait à faire toutes les activités de son cahier des charges mais était quand même fatiguée. Une mesure de soutien à la place de travail, notamment sous la forme d'un coaching, lui a été octroyée en février 2020, ainsi que des moyens auxiliaires tels que la prise en charge d'une chaise de bureau et un bureau réglable électrique. La mesure a été prolongée par décision du 10 juillet 2020 jusqu'au 16 novembre 2020, sans le coaching qui n'était plus nécessaire.

Selon attestation du Dr C. _____ du 26 août 2020, l'assurée a réduit son incapacité de travail à 10 % dès le 1^{er} septembre 2020.

L'assurée a toutefois été licenciée en septembre 2020 avec effet au mois de mars 2021.

Dans un certificat du 11 novembre 2020, le Dr C. _____ a fait état d'une incapacité de travail de 50 % dès le 8 octobre 2020, puis, dans un rapport du 9 décembre 2020, il a attesté d'une capacité de travail de 80 à 90 % dans une activité assise adaptée en précisant que l'état était stationnaire. Dans un nouveau certificat du 23 décembre 2020, ce médecin a à nouveau attesté d'une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle dès le 8 octobre 2020.

Dans un rapport du 23 juin 2021, le Dr C. _____ a confirmé que l'évolution était stable mais qu'il persistait un handicap et des douleurs importantes au niveau du membre inférieur droit ; il a ajouté que le Dr X. _____, spécialiste en anesthésiologie, avait procédé à la mise en place d'un stimulateur électrique au niveau de la colonne lombaire qui amenait en l'état une amélioration significative des douleurs ressenties dans l'aspect plantaire du pied. En raison d'une atteinte du nerf sciatique droit avec perte de motricité notamment des longueurs du pied et des paresthésies et asthésies sur le territoire de S1 au niveau du membre inférieur droit, l'assurée connaissait des limitations fonctionnelles telles qu'une limitation à la marche avec un rayon de 100 à 200 mètres (au-delà elle nécessitait une chaise roulante) et la station debout prolongée lui était

difficile. La capacité de travail de l'assurée était de 50 % dans son activité habituelle, ainsi que dans une activité adaptée.

Après avoir procédé à une évaluation antalgique, le Dr X._____, dans un rapport du 12 juillet 2021, a constaté la présence d'une sciatalgie L5 droite déficitaire depuis l'arthroplastie du genou suivie d'un bloc sciatique en octobre 2018. Il a précisé que les examens électrophysiologiques n'avaient pas permis de cerner l'origine de la douleur neuropathique et que l'IRM lombaire avait révélé une hernie L5-S1 gauche conflictuelle actuellement asymptomatique. Après avoir effectué des tests, il a implanté une pile INTELLIS en fosse iliaque gauche le 6 juillet 2021 avec des résultats satisfaisants.

Le 6 septembre 2021, le Dr X._____ a attesté d'une incapacité totale de travail du 6 juillet au 15 septembre 2021 et a indiqué que la sciatalgie droite déficitaire nécessitant le port d'une orthèse de soutien du pied droit et l'utilisation des cannes anglaises et engendrant des difficultés à maintenir la position assise prolongée, monter ou descendre les escaliers, puis à porter des charges, ne permettait plus qu'une capacité de travail de 40 à 50 %.

Le dossier a été soumis à la Dre Z._____, du SMR, qui a rendu un avis le 5 octobre 2021, selon lequel elle admettait que depuis le 12 octobre 2018 l'assurée présentait des limitations fonctionnelles durables après la mise en place d'une PTG droite. Il s'agissait de difficultés pour les déplacements, pour la position debout, pour le port de charges et pour les escaliers. Les mesures de réadaptation avaient néanmoins démontré que l'assurée était capable de maintenir une capacité de travail de 80 % durant un an dans son activité habituelle, moyennant l'adaptation du poste de travail. Ne comprenant pas l'évaluation de la capacité de travail à 50 % par les médecins traitants, elle a proposé une expertise pluridisciplinaire.

Une expertise a été diligentée par le J._____ et les Drs Q._____, spécialiste en médecine interne, B._____, spécialiste en

médecine physique et réadaptation, D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et U._____, spécialiste en neurologie, ont rendu leur rapport le 31 mars 2022. Selon leur évaluation consensuelle, l'assurée souffrait, sur le plan de la médecine interne, d'obésité morbide, classe III, de reflux œsogastrique et d'asthme saisonnier. Puis les diagnostics de status après prothèse totale de genou gauche le 23 mars 2018 d'évolution favorable, de status après prothèse totale du genou droit le 12 octobre 2018 d'évolution favorable et de fibromyalgie ont été retenus sur le plan de la médecine physique et réadaptation. Sur le plan neurologique, l'assurée était atteinte de lésion du nerf sciatique droit post-opératoire lors de la mise en place d'une prothèse totale du genou gauche le 12 octobre 2018 avec troubles sensitifs douloureux séquellaires et de troubles moteurs fonctionnels, sous forme d'une parésie du membre inférieur droit et d'un trouble de la marche, qui entraînaient une perte de rendement de 20 % dans l'activité habituelle en raison du tableau douloureux résiduel et des difficultés de déplacement induisant une fatigue ; elle souffrait en outre de migraines non incapacitantes. Aucun diagnostic n'a été posé sur le plan psychique. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de montées et de descentes répétées d'escalier avec port de charge supérieure à 5 kg, pas de port de charges répétées supérieurs à 10 kg et activité sédentaire avec des déplacements en évitant tout terrain accidenté. Selon les experts, les ressources étaient préservées ; il existait un trouble de la marche fonctionnel qui dépassait très nettement le cadre de l'atteinte tronculaire initiale ; l'assurée était sans doute démonstrative lors de l'examen clinique ; l'utilisation d'une chaise roulante électrique les laissait perplexe. Sur le plan de la cohérence, les experts relevaient, s'agissant de l'atteinte post-opératoire du nerf sciatique droit, que la présentation clinique initiale suggérait une atteinte motrice prédominante sur le contingent fibulaire. Ils soulignaient l'appréciation de la Dre G._____ qui, dès son deuxième examen en décembre 2018, constatait la bonne récupération sur le plan électrophysiologique et l'incohérence avec l'ampleur des plaintes et des constatations cliniques. Ils considéraient que ces constats orientaient vers une participation fonctionnelle au tableau qui persistait à ce jour. Ils observaient une cohérence entre les plaintes de l'assurée et les constatations cliniques mais ces constatations cliniques

aboutissaient au diagnostic de trouble fonctionnel et non d'une atteinte neurologique. Dans l'activité habituelle, ils admettaient une incapacité de travail de vingt-et-un jours après l'arthroscopie du genou gauche le 16 décembre 2017, de quarante-cinq jours après la mise en place de la prothèse totale du genou gauche le 23 mars 2018. Tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, la capacité de travail était nulle du 12 octobre 2018 au 5 avril 2019 ; dès le 6 avril 2019 la capacité de travail était entière avec perte de rendement de 20 %.

Cette expertise a été soumise à la Dre Z. _____ qui, dans son avis du 20 avril 2022, a constaté que les limitations fonctionnelles avaient été confirmées depuis le 12 octobre 2018. Elle a proposé d'admettre une incapacité de travail jusqu'au 23 septembre 2019 comme l'avait attesté le médecin traitant. La capacité de travail dans l'activité habituelle ou adaptée était de 80 % dès cette date.

Par projet de décision du 2 mai 2022, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente et de mesures professionnelles à l'assurée. Il a considéré que, pour des raisons de santé, l'assurée avait présenté une incapacité de travail ininterrompue dès le 12 octobre 2018, date faisant courir le délai d'une année de l'art. 28 LAI. Toutefois le 23 septembre 2019, l'assurée disposait d'une capacité de travail de 80 %. Un degré d'invalidité inférieure à 40 % présent avant la fin du délai d'attente d'un an ne donnait pas droit à une rente.

L'assurée, par l'intermédiaire de son avocate, a formulé des observations à l'encontre de ce projet par lettre du 2 juin 2022, soutenant avoir été en incapacité de travail dès la fin de l'année 2017, ou à tout le moins dès le 19 avril 2018, et être toujours en incapacité de travail à hauteur de 50 %. Elle a notamment produit un rapport du Dr C. _____ du 16 mai 2022.

Dans son avis du 5 septembre 2022, la Dre Z. _____ a modifié sa position après avoir réexaminé le dossier concernant la période avant PTG droit et s'est alignée sur les certificats du médecin traitant en

retenant une incapacité de travail de 50 % dès le 8 décembre 2017, 100 % dès le 15 décembre 2017, 75 % dès le 19 avril 2018 et 50 % du 11 juin au 12 octobre 2018, dès lors qu'il s'agissait d'une atteinte dégénérative bilatérale et l'effet incapacitant débutait avant la date de chirurgie. Elle a maintenu son avis relatif à la période postérieure à la PTG droit, soit une incapacité de travail de 100 % du 12 octobre 2018 au 3 février 2019, 75 % dès le 4 février 2019, 50 % dès le 9 mai 2019, 40 % dès le 1^{er} juillet 2019, 20 % dès le 23 septembre 2019 et 10 % dès le 1^{er} septembre 2020. La Dre Z._____ a ajouté que l'assurée avait repris son activité pendant plus d'un an à un poste de travail adapté, peu contraignant pour les limitations fonctionnelles aux genoux. Elle a relevé que les Drs X._____ et C._____ ne donnaient aucune explication médicale d'une baisse soudaine de la capacité de travail à 50 % depuis le 8 octobre 2020. Quant aux périodes d'incapacité de travail dans les suites d'une mise en place d'un stimulateur médullaire en juillet 2021, elle a indiqué que les experts n'avaient pas retenu d'incapacité durable en lien avec ce geste et qu'aucune pièce médicale au dossier n'était susceptible de modifier cette appréciation.

Le 8 septembre 2022, l'OAI a rendu un nouveau projet de décision qui annulait et remplaçait celui du 2 mai 2022 et qui retenait une incapacité de travail ininterrompue depuis le 8 décembre 2017. Compte tenu du dépôt de la demande, le droit à la rente était ouvert dès le 1^{er} octobre 2019. Or dès le 23 septembre 2019, l'assurée disposait d'une capacité de travail de 80 % dans son activité habituelle, ce qui excluait le droit à la rente. Il a rappelé qu'une mesure professionnelle sous forme de soutien à la place de travail du 18 novembre 2019 au 14 septembre 2020 lui avait été consentie.

L'assurée a déposé des observations contre ce projet le 7 octobre 2022 en soutenant que l'application du délai de l'art. 29 LAI supposait que le droit à la rente prenait naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois, ce qui signifiait que son droit s'ouvrait au plus tôt le 1^{er} octobre 2019 ; s'il était vrai que son état de santé s'était amélioré par la suite, il s'était péjoré au point que sa capacité de travail

s'était retrouvée réduite à 50 % dès le 8 octobre 2020 de sorte que son droit à la rente commencerait le 1^{er} octobre 2020. L'art. 29 LAI n'excluait pas que le droit débute plus tard que l'échéance du délai de six mois. A titre subsidiaire, elle a fait valoir que même en considérant que le 8 octobre 2020 faisait partir un nouveau délai de carence d'un an, celui-ci serait échu au 1^{er} octobre 2021, date à laquelle elle était toujours en incapacité de travail de 50 %. Cela étant elle contestait les taux de capacité de travail de 80 % et 90 % retenus par l'OAI pour cette période, qui n'étaient pas cohérents avec les moyens auxiliaires dont elle avait la nécessité.

Par décision du 9 novembre 2022, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente et de mesures professionnelles à l'assurée. Il a retenu une incapacité de travail ininterrompue dès le 8 décembre 2017, début du délai de carence. L'assurée bénéficiait d'une capacité de travail de 80 % dès le 23 septembre 2019 dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles (déplacements limités à 200 mètres, pas de station debout prolongée, pas de montées et de descentes répétées d'escalier avec port de charge supérieure à 5 kg, pas de déplacement sur terrain accidenté), si bien qu'à l'échéance du délai de six mois de l'art. 29 LAI, soit le 1^{er} octobre 2019, son degré d'invalidité était inférieur à 40 % et n'ouvrait pas le droit à une rente. Puis, dès le 14 septembre 2020, soit au terme de la mesure professionnelle, l'OAI a retenu une capacité de travail de 90 % dans toute activité, étant précisé que l'activité habituelle est considérée comme étant adaptée.

Par formulaire du 28 novembre 2022, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI.

B. Par acte du 12 décembre 2022, P._____, par l'intermédiaire de son conseil, a recouru contre la décision du 9 novembre 2022, concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente de 50 % minimum avec effet rétroactif au 1^{er} octobre 2020, subsidiairement au 1^{er} octobre 2021, plus subsidiairement à sa nullité et au renvoi de la cause pour nouvelle décision dans le sens des considérants, plus subsidiairement

encore pour complément d'instruction en particulier s'agissant de la détermination du degré d'invalidité. Elle a requis l'assistance judiciaire avant de retirer sa requête le 9 février 2023. En substance, elle conteste l'application des délais des art. 28 et 29 LAI faite par l'OAI et se prévaut d'une incapacité de travail de 50 % dès le 8 octobre 2020.

Dans ses déterminations du 16 mars 2023, l'OAI a conclu au rejet du recours.

La recourante a déposé des déterminations le 22 mai 2023, dans lesquelles elle confirme ses conclusions. Elle a produit un rapport du Dr C._____ du 1^{er} février 2023 qui rappelle les diagnostics déjà connus et fait état d'une coxarthrose débutante à la hanche gauche traitée par des infiltrations et connue depuis le 1^{er} juin 2022 et une spondylarthrose multi-étagée notamment hernie discale L5-S1 irritant les racines gauches en traitement depuis 2021 auprès du Dr X._____. Il confirme l'existence d'une capacité de travail de 20 % du 23 septembre 2019 au 31 août 2020, de 10 % du 1^{er} septembre au 7 octobre 2020, puis de 50 % dès le 1^{er} août 2020. La recourante a en outre produit le rapport du 29 octobre 2021 du Prof H._____, spécialiste en anesthésiologie, indiquant qu'elle avait subi une intervention pour déplacer la pile du système de stimulation ; le prof H._____ a cependant précisé que l'intervention s'était déroulée sans particularité. Puis la recourante a produit un rapport du 23 janvier 2023 du Dr X._____ qui mentionne un déplacement de la sonde de 4 millimètres opéré avec un résultat satisfaisant et une infiltration péridurale S1 qui a permis de réduire la douleur ; ce médecin a conclu que ces interventions avaient été bénéfiques sur les douleurs de la recourante mais que la situation n'était toujours pas idéale.

Par acte du 14 juin 2023, l'intimé a maintenu sa position.

Après interpellation, la recourante a renoncé à la tenue d'une audience de débats publics par courrier du 28 juillet 2023.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

c) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1er janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Dans les cas où la décision concernant la révision d'une rente est rendue après le 1er janvier 2022, mais porte sur une modification déterminante du droit qui a pris naissance avant cette date - ce qui est le cas en l'espèce -, c'est l'ancien droit qui est applicable (cf. ch 9102 de la Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI] valable dès le 1er janvier 2022). Les dispositions légales seront donc citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

2. 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. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

c) Dans le cadre de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, l'incapacité de travail peut être définie comme la perte fonctionnelle, due à une atteinte à la santé, de la capacité de rendement de l'assuré dans sa profession ou dans son champ d'activité habituel (ATF 130 V 97 consid. 3.2 ; Michel Valterio, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 9 ad art. 28 LAI). Pour établir rétrospectivement quand la période de 365 jours a commencé à courir, il faut déterminer le moment à partir duquel la personne assurée a subi une diminution sensible de son rendement dans son activité professionnelle ou dans ses travaux habituels. Une réduction de la capacité de travail de 20 % suffit en principe à ouvrir la période d'attente (Valterio, op. cit., n° 13 ad art. 28 LAI et les références). Le délai d'attente d'une année, pendant lequel l'assuré

doit avoir présenté une incapacité de travail de 40 % en moyenne sans interruption notable, commence également à courir lorsque la personne assurée a travaillé, pendant une certaine période, au-delà de ce qui était raisonnablement exigible de sa part, en risquant d'aggraver son état de santé (TF 8C_724/2011 du 24 juillet 2012 consid. 4.3 et les références).

A teneur de l'art. 29ter RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant 30 jours consécutifs au moins. Ce délai ne sera toutefois pas interrompu lorsque l'activité exercée met manifestement à trop lourde contribution les forces de l'assuré (Valterio, op. cit., n° 15 ad art. 28 LAI et la référence).

d) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

e) 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).

f) 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).

g) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées) et suppose en premier lieu que celles-ci soient diagnostiquées par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 précité, consid. 2.1.2 et 2.2)

h) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en

considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

3. a) Afin d'établir la capacité de travail résiduelle du recourant, l'intimé s'est basé sur les conclusions de l'expertise du J._____ du 31 mars 2022.

Les experts ont établi leur rapport après analyse individuelle puis consensuelle, en toute connaissance du dossier de la recourante, après avoir recueilli son anamnèse et entendu ses plaintes. Ils ont procédé à un examen clinique détaillé et ont étudié les imageries réalisées. Ils se sont prononcés sur la capacité de travail de la recourante en tenant compte de l'ensemble des éléments à disposition et également au regard des ressources de l'intéressée. Leurs conclusions ont été prises de manière motivée et détaillée. Leur rapport d'expertise répond par conséquent aux critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Sur le plan de la médecine interne, le Dr Q._____ n'a pas retenu de diagnostic invalidant, relevant que l'utilisation de divers moyens auxiliaires laissait perplexe et n'était pas bienvenue dans un contexte d'obésité morbide non traitée et existant de longue date. Le reflux gastrique dont la recourante souffrait depuis 1987 était contrôlé sous Nexium 40 mg. La recourante devait en outre vivre avec un asthme saisonnier. Elle était autonome dans les activités de la vie quotidienne et pouvait se déplacer avec son véhicule adapté (pédales inversées). Sa capacité de travail était donc entière sans perte de rendement dans son activité habituelle.

Sous l'angle de la médecine physique et de réadaptation, le Dr B._____ a rappelé qu'il y a environ vingt-cinq ans, un rhumatologue avait diagnostiqué une fibromyalgie traitée par la prise d'antalgiques de palier 1 tout au long de l'évolution. Il a relevé que sur un plan strictement

orthopédique, l'évolution après la mise en place de la PTG droit avait été favorable et que l'évolution ultérieure concernait le co-expert neurologue, aucune douleur ni gêne n'étant rapportée à la suite de l'opération. Il a noté que la recourante s'était présentée avec une attelle anti-steppage, dans un fauteuil roulant électrique dont elle avait eu beaucoup de mal à sortir, la marche à plat se faisait en trainant le pied droit au sol, puis en lançant le membre pour faire passer le pas. La mobilité rachidienne était normale, il retrouvait uniquement à la palpation une douleur modérée sur la partie gauche de la cicatrice récente. L'examen des membres supérieurs était normal. Au niveau des membres inférieurs, la mobilisation active et passive mettait en évidence uniquement un défaut de flexion dorsale et plantaire de cheville droite, la palpation était douloureuse au niveau de la cuisse droite, de l'interligne fémorotibial gauche, le testing musculaire à gauche était normal, à droite il était caricatural sans corrélation avec l'examen spontané. Le Dr B._____ a constaté que les critères ACR 2010 confirmaient le diagnostic de fibromyalgie, un seul signe de comportement de Waddell étant retrouvé. Il n'a relevé aucune séquelle sur le plan de la médecine physique au niveau des genoux opérés. Dans un contexte d'obésité, des limitations fonctionnelles étaient justifiées dans l'exercice d'une profession autre que l'activité habituelle qui était déjà adaptée. Les limitations consistaient à éviter les montées et descentes répétées d'escaliers avec port de charge supérieure à 5 kg, ainsi que le ports de charge répétés supérieure à 10 kg. Dans l'activité habituelle, il a admis une incapacité de travail de vingt-et-un jours après l'arthroscopie du genou gauche le 16 décembre 2017, de quarante-cinq jours après la mise en place de la prothèse totale du genou gauche le 23 mars 2018 et de la prothèse totale du genou droit le 12 octobre 2018 ; la capacité de travail était totale sans diminution de rendement en dehors de ces périodes.

Après avoir examiné les résultats des consultations neurologiques de novembre et décembre 2018 et d'avril 2019 de la Dre G._____, l'experte neurologue U._____ a relevé que cette médecin faisait état d'une bonne évolution neurologique périphérique, avec des signes de réinnervation en décembre 2018, avec amélioration des

amplitudes des réponses sensibles et motrices des nerfs péroniers superficiels et profonds et du nerf tibial droit, et des signes de dénervation aiguë et réinnervation précoce à l'électromyographie dans trois muscles dépendant du tronc sciatique. En avril 2019, les amplitudes s'étaient normalisées et on ne retrouvait plus à l'électromyographie que de très discrets signes de dénervation chronique dans le muscle jambier antérieur droit. Ces constats contrastaient avec la mauvaise évolution sur le plan clinique, avec la persistance d'un tableau extrêmement invalidant et d'une atteinte motrice à la marche. La recourante reconnaissait une amélioration du tableau douloureux depuis la mise en place du stimulateur, mais elle décrivait encore des douleurs au pied droit et une difficulté à coordonner son membre inférieur droit en raison d'une atteinte sensitive qui, d'après la description de l'assurée, semblait correspondre à une atteinte de la sensibilité profonde. Or ces plaintes n'étaient pas explicables du point de vue neurologique par une atteinte tronculaire sciatique. La Dre U. _____ a ajouté que l'anamnèse et l'examen clinique réalisés lors de l'expertise permettaient de mettre en évidence d'abondants éléments fonctionnels surajoutés aux séquelles de la lésion tronculaire. La recourante avait développé un trouble de la marche fonctionnel qui dépassait très nettement le cadre de l'atteinte tronculaire initiale. En particulier, les manœuvres de distraction permettaient de mettre en évidence une bonne fonction sous réserve d'efforts qui restaient sous-maximaux. Pour le trouble fonctionnel moteur du membre inférieur droit et de la marche, la physiothérapie devait être poursuivie, avec mise en exergue des fonctions et séquences motrices conservées et limitation de l'usage des moyens auxiliaires. L'experte a observé une cohérence entre les plaintes de l'assurée et les constatations cliniques mais ces constatations cliniques aboutissaient au diagnostic de trouble fonctionnel et non d'une atteinte neurologique purement organique. Les ressources étaient conservées, la recourante étant autonome dans les activités de la vie quotidienne. Elle a conclu à une incapacité de travail totale du 12 octobre 2018 au 5 avril 2019 puis a admis une capacité de travail de 80 % depuis lors, les 20 % résiduels consistant en une perte de rendement. L'activité habituelle était adaptée, soit une activité sédentaire avec des déplacements en évitant

tout terrain accidenté. La Dre U._____ a précisé que toute mesure de réadaptation était théoriquement exigible.

Enfin la Dre D._____ n'a pas retenu de diagnostic psychiatrique, en particulier pas de trouble somatoforme douloureux persistant ni d'autres diagnostics de somatisation en l'absence de détresse psychique associée aux plaintes. En présence d'un examen clinique strictement normal, elle n'a observé aucune atteinte à la santé mentale et a noté une personnalité particulièrement positive, motivée, énergique et déterminée à surmonter au maximum ses déficiences physiques. L'expertisée bénéficiait d'excellentes ressources personnelles qu'elle parvenait à mobiliser de manière efficace ; elle présentait de bonnes capacités d'organisation, de gestion de la relation interpersonnelle en situation d'expertise, de respect de cadre et de communication. L'experte ne relevait pas de difficulté de jugement, résolution de problèmes, prise de décision, élaboration, introspection. Il n'y avait au demeurant aucun suivi psychiatrique, qui n'était d'ailleurs pas indiqué. La capacité de travail était ainsi entière sur le plan psychiatrique.

b) Les rapports émis par les Dr C._____ et X._____ antérieurement à l'expertise ont été pris en compte dans les évaluations expertales. Leurs conclusions, en particulier relatives à l'évaluation de la capacité de travail, sont peu motivées et ne tiennent pas compte des ressources de la recourante, ni de la capacité de travail qu'elle a démontrée lors de la mesure de réintégration. Dans un rapport du 26 août 2020, le Dr C._____ avait indiqué une incapacité de travail de 10 % dès le 1^{er} septembre 2020 et, sans objectiver de péjoration, il a retenu, dans un rapport du 11 novembre 2020, une incapacité de travail de 50 % dès le 8 octobre 2020. Cette modification du taux n'est pas motivée et intervient après que la recourante a reçu l'avis de résiliation de son contrat de travail. L'influence de ce facteur contextuel n'est toutefois pas pertinente, la recourante ayant au demeurant été en mesure de travailler au taux de 80 % les mois précédents.

Les rapports médicaux au dossier ne permettent pas de mettre en cause les conclusions objectives des experts. C'est donc à juste titre que l'intimé a retenu une capacité de travail de 80 % dans l'activité habituelle dès le 23 septembre 2019. L'évolution à 90 % dès le 14 septembre 2020 n'est en revanche pas suffisamment motivée dès lors qu'elle va à l'encontre des conclusions de l'expertise et repose sur une attestation du Dr C._____ également pas étayée, antérieure à l'expertise. Cela n'a toutefois pas d'incidence sur le sort du recours.

c) La recourante soutient que sa capacité de travail s'élève à 50 % et se réfère en particulier à des rapports médicaux postérieurs à l'expertise, notamment un rapport du Dr C._____ du 16 mai 2022 selon lequel l'atteinte neurologique à la suite de la mise en place de la PTG droit n'a que très partiellement récupéré avec persistance d'une faiblesse et d'un pied tombant au niveau de son membre inférieur droit nécessitant le port d'une attelle anti-step et la persistance de paresthésie et dysesthésie fortement handicapantes. Ce médecin a indiqué que la recourante se déplaçait avec difficulté, nécessitant deux cannes et, au vu de son surpoids important, elle était rapidement épuisée et ne pouvait plus fonctionner professionnellement qu'à 50 %. Il a ajouté qu'une reprise à 100 % était difficilement réalisable et qu'il lui paraissait raisonnable de penser que la capacité de travail était de 50 % depuis le 8 octobre 2020.

Or ce certificat n'apporte aucun élément qui n'aurait pas été analysé par les experts et qui permettrait de jeter le doute sur leur appréciation. Aucun examen clinique ne vient appuyer ses affirmations et l'appréciation du taux de capacité de travail relève plus d'un avis du médecin, inspiré par les déclarations de sa patiente, que d'une véritable appréciation médicale motivée de manière objective. Au demeurant, dans un rapport du 9 décembre 2020, le Dr C._____ a attesté d'une capacité de travail de 80 à 90 % dans une activité assise adaptée en précisant que l'état était stationnaire et les rapports médicaux postérieurs n'évoquent pas d'aggravation objective de l'état de santé de la recourante.

Cette dernière se prévaut aussi d'un rapport du Dr C. _____ du 1^{er} février 2023 qui n'apporte rien de nouveau sur les atteintes déjà connues et sur son évaluation de la capacité de travail. S'agissant de la hernie, le Dr X. _____ avait relevé dans son rapport du 12 juillet 2021 qu'elle était asymptomatique ; aucun élément médical ne vient objectiver une aggravation de cette atteinte de manière à avoir une incidence sur la capacité de travail telle que retenue. Quant à la cox-arthrose de la hanche gauche, il est indiqué qu'elle a été traitée par des infiltrations pour juguler cette douleur débutante ; aucune limitation fonctionnelle supplémentaire à celles retenues n'est invoquée en lien avec cette atteinte. La recourante a produit encore le rapport du Prof H. _____ du 29 octobre 2021 indiquant qu'elle avait subi une intervention pour déplacer la pile du système de stimulation ; le prof H. _____ a cependant précisé que l'intervention s'était déroulée sans particularité. Puis la recourante a produit un rapport du 23 janvier 2023 du Dr X. _____ qui mentionne un déplacement de la sonde de 4 millimètres opéré avec un résultat satisfaisant et une infiltration périradiculaire S1 qui a permis de réduire la douleur ; ce médecin a conclu que ces interventions avaient été bénéfiques sur les douleurs de la recourante mais que la situation n'était toujours pas idéale. Ce rapport, dont les éléments postérieurs à la décision ne doivent pas être pris en compte (TF 9C_47/2022 du 22 novembre 2022 consid. 5.1.2), ne comporte pas d'indication nouvelle déterminante sur l'état de fait litigieux.

La recourante évoque en outre des difficultés avec son stimulateur, sans démontrer qu'elles induisent des limitations fonctionnelles nouvelles durables, comme on l'a vu plus haut, et rappelle les aménagements effectués à son domicile. Or ces éléments ont été pris en compte dans l'appréciation faite par les experts. S'agissant en particulier des moyens auxiliaires, les experts ont évoqué leur perplexité face à leur utilisation compte tenu de la pathologie existante.

Les griefs de la recourante quant à l'évaluation de sa capacité de travail sont donc mal fondés.

d) La recourante conteste la date d'ouverture de son droit à la rente. Elle estime qu'elle a présenté une incapacité dans l'exercice de son activité professionnelle habituelle d'au moins 50 % depuis le 8 octobre 2020. Or ce moyen a été tranché et écarté plus haut.

En l'absence d'une incapacité de travail induisant une invalidité de 40 % au moins six mois après la date du dépôt de la requête (art. 29 LAI), le droit à la rente n'est pas ouvert, comme l'a retenu à juste titre l'intimé.

4. A titre de mesure d'instruction, la recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire, d'une inspection locale et de son audition personnelle.

Comme démontré plus avant, les éléments au dossier sont suffisants pour permettre à la Cour des assurances sociales de se prononcer et de renoncer à requérir un complément d'instruction sous la forme d'une expertise, d'une inspection locale et de l'audition de la recourante. Par conséquent, il n'y a pas lieu de donner suite à cette requête. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 et les références citées). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C_272/2011 du 6 décembre 2011 consid. 3.1).

5. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à

600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

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

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 9 novembre 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

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

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

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Gloria Capt (pour P. _____), à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,

- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :