

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 avril 2025

Composition : Mme LIVET, présidente
Mme Pasche et M. Tinguely, juges
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 6ss LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. a) B._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1968, de nationalité suisse, mariée et mère de trois enfants majeurs, a exercé la profession de concierge, dès 2002, auprès de la ville de [...], à 90%.

Du 11 janvier au 2 juin 2021, elle s'est trouvée en arrêt de travail à 100%, puis à 50% du 3 juin au 30 septembre 2021 et à nouveau à 100% dès le 1^{er} novembre 2021.

b) Le 2 novembre 2021, l'assurée 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), indiquant comme motifs des problèmes cardiaques (*pacemaker* et *stent*) ainsi qu'une fasciite plantaire.

Selon le formulaire « détermination du statut », complété le 20 décembre 2021, l'assurée revendiquait une part active à 100 % si elle n'était pas atteinte dans sa santé.

c) D'après le questionnaire pour employeur complété par celui-ci le 11 janvier 2022, l'assurée réalisait, en 2021, un revenu mensuel de 4'637 fr. pour une activité à 90%, revenu qui aurait été identique en 2022. La fiche « compte salaire 2021 » relative à l'assurée, jointe au questionnaire, indiquait que celle-ci avait perçu douze fois le montant de 4'637 fr. 70, pour un revenu total de 55'652 fr. 40 en 2021.

d) Dans un rapport médical rempli à la demande de l'OAI le 25 février 2022, le Dr P._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a indiqué les diagnostics d'HTA [hypertension artérielle], de SAHOS [syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil] et d'état anxio-dépressif depuis 2011, de cardiopathie ischémique et rythmique, de pose d'un *pacemaker*, de status après STEMI subaigu et angioplastie et de syndrome de Takotsubo depuis 2016 ainsi que de fasciite plantaire des deux côtés depuis 2020. Il a

estimé que la capacité de travail de l'assurée était nulle depuis le 18 janvier 2021. Etaient joints à ce rapport les documents suivants :

- trois rapports de consultation des 26 avril, 22 juin et 8 septembre 2021 établis par le Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dont il ressort un suivi de l'assurée en relation avec les diagnostics de fasciite plantaire chronique droite, de status post infiltration de l'insertion de l'aponévrose plantaire droite guidée le 3 février 2021 et de status post *Steindler release* et libération des branches du nerf tibial gauche début 2019 pour fasciite plantaire chronique gauche ;
- un protocole opératoire établi le 8 octobre 2021 par le Dr L._____ dont il ressort que l'assurée a subi une libération du tunnel tarsien à droite et un *Steindler release* (désinsertion partielle du fascia plantaire) à droite ;
- un rapport de consultation post-opératoire établi le 28 décembre 2021 par le Dr L._____ dont il ressort une augmentation du traitement antalgique en raison des douleurs ressenties par l'assurée ;
- trois rapports des 21, 26 janvier et 8 février 2022 établis par le Dr J._____, spécialiste en cardiologie et médecine interne générale, dont il ressort que des douleurs thoraciques avaient motivé la réalisation d'une coronographie montrant des résultats tout à fait rassurants et d'un profil tensionnel de 24 heures montrant des pressions artérielles très labiles et motivant une augmentation du traitement anti-hypertenseur.

e) Selon un rapport établi le 22 février 2022 par le Dr J._____, des douleurs thoraciques avaient, à nouveau, motivé une consultation auprès de ce médecin qui avait exclu une péricardite et conclu à des douleurs pariétales modulées par un important stress.

f) Par avis établi le 20 mai 2022, le Service médical régional de l'AI (SMR) a recommandé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire avec volets psychiatrique, orthopédique (ou de médecine physique et réadaptation) et de médecine interne.

Le 8 juin 2022, l'OAI a confié un mandat d'expertise au D._____Sàrl (ci-après : [...]).

g) Le 5 septembre 2022, les Drs G._____, spécialiste en médecine interne générale, N._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont déposé leur rapport. Dans le cadre de leur évaluation consensuelle, les experts ont retenu, sur le plan somatique, les diagnostics incapacitants de douleurs chroniques bilatérales du pied prédominant à droite avec douleurs neuropathiques du pied droit au niveau du tunnel tarsien, de status post *Steindler release* et libération du nerf tibial droit le 8 octobre 2021, de status post *Steindler release* et libération du nerf tibial gauche le 8 janvier 2019, ainsi que de troubles statiques du pied gauche (*pes planus et valgus* de l'arrière-pied), et les diagnostics non-incapacitants de syndrome de Takotsubo (I42.8) en 2016, de bloc AV [auriculoventriculaire] complet avec pose d'un *pacemaker* (I44.2) en 2016, de maladie coronarienne monotronculaire (I25.11) avec angioplastie en 2021, d'hypertension artérielle essentielle (I10.9), d'obésité de grade III (E66.9), de syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAHOS) positionnel de degré léger (G47.31), de céphalées tensionnelles (G44.2) et de gonalgies gauches probablement d'origine dégénérative fémoro-patellaire. Sur le plan psychiatrique, un diagnostic non-incapacitant de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée (F43.21) a été retenu. Les limitations fonctionnelles découlant des atteintes subies par l'assurée étaient les suivantes : pas de station debout prolongée, pas de déplacements fréquents, pas de montée et de descente d'escaliers et pas de port de charges. Les experts relevaient encore que le déconditionnement et l'obésité sévère représentaient des limitations fonctionnelles réversibles moyennant correction par des mesures hygiéno-diététiques et éventuellement une chirurgie bariatrique. Sur le plan psychiatrique, les experts ne retenaient pas de limitations fonctionnelles,

la fatigabilité et la fatigue étant très légères et aucun trouble cognitif n'étant présent. Les experts ont évalué la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle comme étant nulle mais entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, trois mois après la dernière intervention chirurgicale du 8 octobre 2021.

h) Selon le rapport établi le 23 septembre 2022 par le SMR, les conclusions de l'expertise étaient complètes et convaincantes, si bien qu'elles pouvaient être entièrement suivies. Il a ainsi retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énumérées par les experts (auxquelles il a ajouté la fatigue et fatigabilité légères) et ce dès le 8 janvier 2022.

i) Dans un rapport établi le 9 novembre 2022 à la demande de l'assureur perte de gain, le Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et chirurgie de la main, a posé les diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail de névralgie du nerf calcanéen droit, de status après fasciotomie plantaire selon Steindler et libération des branches du nerf tibial au tunnel tarsien droit le 10 janvier 2021, de status après fasciite plantaire chronique bilatérale évoluant depuis 2010, invalidante depuis août 2021 et le diagnostic non-incapacitant de status après fasciotomie plantaire selon Steindler et libération des branches du nerf tibial au tunnel tarsien gauche en 2019 pour fasciite plantaire chronique avec évolution favorable. Il a indiqué que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans son activité habituelle et entière dans une activité adaptée, à savoir une activité essentiellement assise.

j) Par projet de décision du 13 janvier 2023, l'OAI a signifié à l'assurée qu'il entendait rejeter sa demande de prestations. Il a constaté qu'en raison des atteintes à sa santé, elle avait présenté une incapacité de travail totale depuis janvier 2021 (début du délai de carence), à 50% dès le 1^{er} mai 2021 puis à nouveau totale dès le 1^{er} octobre 2021. L'assurée ne pouvait plus exercer son activité habituelle mais elle avait retrouvé une capacité totale de travail dans une activité adaptée à ses limitations

fonctionnelles dès janvier 2022. Dans la mesure où elle avait déposé sa demande de prestations le 4 novembre 2021, une rente ne pouvait être versée avant l'échéance du délai de six mois, prévu par l'art. 88a RAI, à savoir le 1^{er} mai 2022. A cette date, elle disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Après comparaison du revenu que l'assurée aurait pu réaliser, à plein temps, dans son activité habituelle (66'989 fr.) et celui qu'elle pouvait réaliser dans une activité adaptée (54'137 fr. 33) fixé sur la base des données statistiques issues de l'Enquête suisse sur les salaires de l'Office fédéral de la statistique, son degré d'invalidité s'élevait à 19,18%, n'ouvrant pas le droit à une rente, ni à des mesures professionnelles.

k) Par courrier du même jour, l'OAI a accordé une aide au placement à l'assurée.

l) Par courrier du 25 janvier 2023, l'assurée s'est opposée au projet de décision de refus de prestations. Elle a complété son opposition par l'envoi, les 16 et 24 mars 2023, de trois documents médicaux à savoir :

- un certificat médical établi le 14 février 2023 par le Dr P. _____ dont il ressort les diagnostics d'important excès pondéral avec HTA et hypercholestérolémie, de cardiopathie ischémique et rythmique avec STEMI en 2016, d'angioplastie coronarienne en 2021 et implantation d'un *pacemaker* pour BAV [bloc auriculoventriculaire] complet en 2016, de syndrome de Takotsubo entraînant d'importantes douleurs précordiales motivant de fréquentes consultations en urgence à l'hôpital, de cervico-brachialgies bilatérales sur uncarthrose et discopathies C4-C5 et C5-C6 et douleurs polyarticulaires sur syndrome douloureux chronique, de troubles neuropathiques de la branche calcanéenne du nerf tibial droit post libération du tunnel tarsien et *Steindler release* en 2021, de status post *Steindler* et libération du nerf tibial gauche en 2019 avec plusieurs infiltrations, et

d'état anxio-dépressif important. Il a en outre estimé la capacité de travail comme nulle, l'assurée ne tenant pas debout plus d'une demi-heure, ne se déplaçant pas sur plus de 20 mètres, la position assise étant douloureuse après une heure, le stress induit impliquant de fréquentes consultations aux urgences et des difficultés de sommeil importantes ;

- un rapport établi par le Dr L. _____ le 9 mars 2023, dont il ressort les diagnostics de neuropathie du nerf calcanéen branche latérale du nerf tibial droit post libération du tunnel tarsien et *Steindler release* pied droit pour fasciopathie plantaire chronique le 1^{er} octobre 2021, de status post plusieurs infiltrations de l'insertion de l'aponévrose plantaire droite guidée (la dernière le 17 mars 2022) et de status post *Steindler release* et libération des branches du nerf tibial gauche début 2019 pour fasciite plantaire chronique gauche. Il a relevé que les douleurs étaient devenues chroniques, empêchant la marche prolongée et la position debout prolongée. Il a indiqué que l'assurée souffrait de cervicalgies et lombalgies chroniques, les plaintes empêchant la position assise plus d'une heure. Au vu de ces éléments et des autres problèmes médicaux (cardiaques et surpoids), aucune activité professionnelle n'était possible ;
- un rapport établi le 21 mars 2023 par le Dr J. _____, rappelant les diagnostics cardiologiques et estimant qu'au regard de ceux-ci, de l'obésité morbide et des autres comorbidités de l'assurée, celle-ci était incapable de travailler.

m) Appelé à se prononcer sur les documents médicaux produits par l'assurée, le SMR a, dans un avis du 11 avril 2023, indiqué que les médecins traitants n'apportaient pas d'éléments médicaux nouveaux ou d'éléments dont les experts n'avaient pas eu connaissance lors de la réalisation de leur évaluation, qui restait valable, soulignant que

les limitations fonctionnelles étaient superposables à celles indiquées par les différents médecins traitants.

n) Par décision du 12 avril 2023, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, confirmant son projet de décision du 13 janvier 2023.

B. **a)** Par courrier du 12 mai 2023, B. _____ a interjeté recours contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. En substance, elle a contesté être capable de travailler à 100%, renvoyant aux trois documents médicaux établis par ses médecins traitants et produits à l'appui de son opposition et a requis que soit mise en œuvre une contre-expertise.

b) Dans sa réponse du 27 juin 2023, l'OAI a conclu au rejet du recours, relevant le caractère probant de l'expertise et l'absence d'élément produit par la recourante permettant de la remettre en cause.

c) Par courrier du 25 juillet 2023, la recourante a réitéré ses arguments et sa requête de mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Elle a indiqué que depuis la décision de l'intimé, elle avait été soumise à de nouveaux examens médicaux en raison de ses douleurs aux genoux et au dos. En outre, son état psychique s'était dégradé. Elle a contesté pouvoir se réinsérer sur le marché du travail en raison de ses limitations fonctionnelles. A l'appui de son écriture, elle a produit :

- un rapport radiologique établi le 26 mai 2023 par le Dr S. _____, spécialiste en radiologie, dont il ressort que la recourante a été soumise à une imagerie par résonance magnétique (IRM) cervicale et dorsale, aboutissant au constat d'une rectitude cervicale, d'une scoliose dorsale supérieure modérée et d'une légère hypercyphose dorsale supérieure. Pour le reste, elle n'avait révélé ni hernie discale, ni canal cervical ou dorsal étroit, ni tassement

vertébral. Le Dr S._____ a, par ailleurs, indiqué que les altérations dégénératives étaient modérées ;

- un rapport établi le 28 juin 2023 par le Dr Q._____, spécialiste en radiologie, dont il ressort que la recourante a été soumise à une IRM de l'articulation du genou droit, aboutissant au constat d'une arthrose fémoro-patellaire et fémoro-tibiale médiale évoluée, d'une discrète fissure horizontale de la corne postérieure avec extrusion du ménisque interne de 3-4 mm et d'un kyste poplité mesurant jusqu'à 6 cm cranio-caudale sans signe de rupture.

d) Dans sa réplique du 22 août 2023, l'OAI a réitéré ses conclusions et produit un avis établi le 4 août 2023 par le SMR. Celui-ci a souligné que les atteintes relevées par l'IRM cervicale et dorsale étaient qualifiées de modérées par le radiologue et qu'il en allait de même de celles retrouvées sur l'IRM du genou. Les limitations fonctionnelles déjà retenues tenaient suffisamment compte de ces atteintes et il n'y avait donc pas d'éléments médicaux susceptibles de modifier l'évaluation de la capacité de travail de la recourante.

e) Par courrier du 3 octobre 2023, la recourante a maintenu ses critiques et souligné qu'en raison de ses problèmes de dos, elle ne pouvait pas travailler durant une journée assise, ni se déplacer pour aller au travail. Elle a en outre indiqué qu'elle avait récemment subi une opération par *by-pass* gastrique et qu'elle devait se faire opérer la semaine suivante d'un kyste ovarien. Son état psychique se dégradait encore.

f) L'OAI a maintenu ses conclusions dans un courrier du 19 décembre 2023.

C. Le dossier de la cause a été repris par la juge soussignée à partir du 1^{er} mars 2024, à la suite du départ à la retraite de la magistrate alors en charge de celui-ci.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI ; 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, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 28 octobre 2008 [LPA-VD ; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le point de savoir quelle est sa capacité de travail.

a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

b) En l'occurrence, la décision litigieuse, rendue le 12 avril 2023, fait suite à la demande de prestations déposée le 4 novembre 2021. Il y a donc lieu d'appliquer le droit en vigueur 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). 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 (art. 29 al. 1 LAI).

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

c) Le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPGA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_228/2024 du 7 novembre 2024 consid. 4.2 ; TF 8C_816/2023 du 28 août 2024 consid. 3.2). Le juge des assurances ne peut ainsi, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est

précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il incombe à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

d) 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 asséculo-logique. 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 l'assuré, 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 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

e) Tant les affections psychosomatiques que les affections psychiques et les syndromes de dépendance primaires à des substances psychotropes 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 ; voir également ATF 145 V 215 consid. 5 et 6.2). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la

résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

5. a) Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

b) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

6. a) En l'espèce, l'intimé, se fondant sur les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du D. _____ Sàrl du 5 septembre 2022, a estimé que la recourante disposait d'une capacité de travail nulle dans son activité habituelle et d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 7 janvier 2022.

Quant à la recourante, elle remet en cause le bien-fondé de cette appréciation, plus particulièrement la valeur probante de l'expertise.

b) A titre liminaire, il convient de retenir que, sur le plan formel, le rapport d'expertise remplit tous les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. En effet, l'état de santé de la recourante a fait l'objet d'un examen circonstancié par les experts spécialistes, l'expertise a été établie en pleine connaissance des

éléments médicaux au dossier et se fonde sur des examens cliniques menés par chaque expert dans son domaine (consultations et examens de laboratoire notamment). Elle prend par ailleurs en compte les plaintes de l'expertisée. Les différents avis médicaux ont été discutés par les experts, ces derniers examinant en outre les ressources, la gravité des troubles retenus ainsi que la cohérence. Tant la description du contexte médical que l'appréciation de la situation médicale sont claires. Les conclusions médicales sont le fruit d'une analyse pluridisciplinaire réalisée par les trois experts et sont bien motivées (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) Pour l'essentiel, l'argumentation de la recourante se limite à rappeler qu'elle souffre de douleurs aux pieds, aux genoux et au dos, auxquelles viennent s'ajouter un syndrome de Takotsubo et des atteintes à sa santé mentale. A l'appui de son recours, elle a produit divers rapports médicaux établis par ses différents médecins traitants dont elle prétend qu'ils remettent en cause la valeur probante de l'expertise. A cet égard, il convient de relever les éléments suivants.

aa) S'agissant des rapports établis par le Dr P. _____ le 14 février 2023, par le Dr L. _____ le 9 mars 2023 et par le Dr J. _____ le 21 mars 2023, ils ne font que rappeler les diagnostics posés, les douleurs ressenties par la recourante et leur évaluation de sa capacité de travail. Comme l'a relevé le SMR dans son avis médical du 11 avril 2023, ils ne comportent aucun élément médical objectif nouveau ou qui aurait été ignoré des experts. S'agissant plus particulièrement de l'évaluation de la capacité de travail, elle n'est aucunement étayée et ne constitue qu'une appréciation différente d'un même état de fait, étant rappelé que le rapport de confiance qui lie les médecins traitants à leur patient les placent dans une position délicate pour constater des faits sur le plan assécurologique. Concernant en outre l'incapacité de la recourante à rester en position assise plus d'une heure, elle ne se fonde que sur les déclarations de la recourante elle-même et non sur des éléments médicaux objectifs. A cet égard, c'est le lieu de rappeler que le rapport d'IRM cervicale et dorsale du 26 mai 2023 indique que la recourante ne

souffre ni de hernie discale, ni d'un canal cervical ou dorsal étroit, ni d'un tassement vertébral et que les altérations dégénératives sont modérées. Les trois rapports des médecins traitants ne sont ainsi pas propres à remettre en cause le bien-fondé des conclusions des experts ou à en établir le caractère incomplet, notamment quant aux limitations fonctionnelles retenues.

bb) Concernant le rapport radiologique établi le 26 mai 2023 par le Dr S._____, il en ressort que l'IRM cervicale et dorsale a mis en évidence une rectitude cervicale, une scoliose dorsale supérieure modérée et une légère hypercyphose dorsale supérieure. Pour le reste, elle n'a révélé ni hernie discale, ni canal cervical ou dorsal étroit, ni tassement vertébral. Le Dr S._____ a, par ailleurs, indiqué que les altérations dégénératives étaient modérées. Quant au rapport médical établi le 28 juin 2023 par le Dr Q._____, relatif à une IRM du genou droit, il a mis en évidence une arthrose fémoro-patellaire et fémoro-tibiale médiale évoluée, une discrète fissure horizontale de la corne postérieure avec extrusion du ménisque interne de 3-4 mm et un kyste poplité mesurant jusqu'à 6 cm cranio-caudale sans signe de rupture. Les différents médecins précités ne se prononcent ni sur les limitations fonctionnelles, ni sur la capacité de travail. En particulier, il ne ressort pas des rapports susmentionnés que la recourante serait incapable de rester assise plus d'une heure, comme elle le soutient. S'agissant des atteintes du genou droit, les experts avaient déjà fait état d'une gonarthrose et de douleurs dans cette articulation. Comme l'a retenu l'avis médical du SMR du 4 août 2023, les atteintes dégénératives constatées par le Dr S._____ sont qualifiées de modérées et les limitations fonctionnelles déjà retenues tiennent suffisamment compte des atteintes dont il est fait état dans les deux rapports médicaux susmentionnés. Ils ne permettent ainsi pas d'établir l'existence d'éléments nouveaux suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions des experts.

d) S'agissant des problèmes de santé mentale dont la recourante fait état, elle ne produit aucune pièce à cet égard. Il suffit de renvoyer à ce sujet à l'expertise qui n'a conclu à l'existence d'aucun

diagnostic incapacitant du registre psychiatrique. Cela étant, la recourante soutient que sa souffrance psychique a encore augmenté depuis la décision attaquée. Outre que cet élément est postérieur à la décision et donc exorbitant à l'objet de la contestation, on relèvera qu'une décompensation passagère après la réception des conclusions d'une expertise ou d'une décision de l'OAI ne permet pas la reconnaissance d'une atteinte durablement invalidante, d'autant plus qu'elle résulte d'un facteur non médical étranger à la notion d'invalidité (ATF 127 V 294 consid. 5a).

e) Enfin, dans son écriture du 3 octobre 2023, la recourante fait état d'une opération par *by-pass* gastrique qu'elle aurait subie « récemment » et d'un kyste ovarien dont elle devait se faire opérer la semaine suivante, ainsi que d'une dégradation de son état psychologique. Ces éléments sont postérieurs à la décision attaquée et il ne peut en être tenu compte dans la présente procédure, étant rappelé que la recourante peut, en cas d'aggravation de son état de santé, déposer une nouvelle demande auprès de l'OAI.

f) En définitive, l'appréciation faite par les experts du D. _____ Sàrl de la situation médicale de la recourante est claire et convaincante, sans qu'il n'existe au dossier d'éléments antérieurs à la décision attaquée, justifiant de s'éloigner de leurs conclusions.

g) Sur le vu de ce qui précède, il convient de reconnaître une pleine valeur probante au rapport d'expertise établi le 5 septembre 2022 par le D. _____ Sàrl, dont la Cour de céans n'a aucun motif de s'écarter. Partant, il sied de suivre les conclusions des experts et de retenir que la recourante présente, depuis le 8 janvier 2022, une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues, à savoir pas de station debout prolongée, pas de déplacements fréquents, pas de montée d'escaliers, pas de port de charges, fatigue et fatigabilité légères.

7. La recourante fait grief à l'intimé d'avoir estimé qu'on pouvait exiger d'elle qu'elle mette en œuvre sa capacité de travail résiduelle sur le

marché de l'emploi. Elle invoque ses nombreuses et importantes limitations fonctionnelles et son manque de qualification.

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_426/2020 du 29 avril 2021 consid. 5.2 ; 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'occurrence, l'intimé a retenu que la recourante pourrait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production ou comme aide-administrative.

Ces activités sont compatibles avec les limitations fonctionnelles que présente la recourante, ce qui satisfait aux exigences de la jurisprudence par rapport à la concrétisation des postes exigibles (cf. notamment TF 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 et les références citées). On ne voit au surplus pas que ces activités ne puissent être exercées par la recourante que sous une forme tellement restreinte qu'elles n'existeraient quasiment pas sur le marché général du travail ou que leur exercice impliquerait de l'employeur des concessions excessives. On observe encore que les activités existant dans le domaine industriel léger telles que susmentionnées ne requièrent pas de formation particulière ni d'expérience spécifique, de sorte que l'on peut considérer qu'elles sont accessibles à la recourante et le manque de qualification dont elle se prévaut n'est, à cet égard, pas pertinent.

c) Pour le surplus, la recourante était âgée de 54 ans au moment où l'intimé a constaté que l'exercice d'une activité professionnelle était médicalement exigible. Elle n'avait donc pas atteint l'âge à partir duquel le Tribunal fédéral admet qu'il peut être plus difficile de se réinsérer sur le marché du travail (ATF 143 V 431 consid. 4.5.2 ; 138 V 457 consid. 3.3 ; cf. aussi TF 9C_195/2019 du 11 juin 2019 consid. 5.3.2).

d) Au vu de ce qui précède, l'intimé n'a pas violé le droit fédéral lorsqu'il a retenu que la mise en œuvre de sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles était raisonnablement exigible de la recourante.

8. Sur le plan économique, la recourante ne conteste pas les revenus sans et avec invalidité retenus par l'intimé, le recours à l'Enquête suisse sur la structure des salaires ou le calcul du taux d'invalidité. A cet égard, on pourra relever que l'intimé semble avoir tenu compte, dans le revenu sans invalidité, du versement d'un treizième salaire (cf. rapport final du service de réadaptation du 12 janvier 2023), alors qu'il ne ressort ni du rapport employeur du 11 janvier 2022, ni des comptes de salaire produits avec celui-ci que la recourante percevait un tel treizième salaire. Quoi qu'il en soit, ce point n'a pas à être tranché en l'espèce, dans la mesure où le retranchement d'un treizième salaire du revenu sans invalidité de la recourante aboutirait à un taux d'invalidité encore inférieur au taux de 19,18% retenu par l'intimé et ne changerait rien au fait que celle-ci n'a pas droit à une rente.

9. S'agissant d'une éventuelle mesure de reclassement, la capacité de gain de la recourante n'a pas diminué de plus de 20 % (son taux d'invalidité étant de 19,18% au mieux) ce qui n'ouvre pas de droit à un reclassement professionnel (art. 17 al. 1 LAI ; ATF 139 V 399 consid. 5.3). Au demeurant, quand bien même la recourante remplirait cette condition, il faut constater que de nombreuses activités adaptées à ses limitations fonctionnelles ne nécessitent pas de formation particulière (activités légères visées par l'ESS, skill_level, niveau de compétence 1 ; cf. TF 9C_486/2022 du 17 août 2023 consid. 8). Elle ne pourrait ainsi, quoi qu'il en soit, pas prétendre à une telle mesure. C'est le lieu de rappeler qu'elle a été mise au bénéfice d'une aide au placement au sens de l'art. 18 LAI, conformément à la communication de l'intimé du 13 janvier 2023.

10. Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction par la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée de la pertinence des preuves : ATF 145 I 167

consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1). La requête de la recourante en ce sens doit ainsi être rejetée.

11. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestation de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont mis à la charge de la recourante, qui succombe.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 12 avril 2023 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 B._____.
- 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 :

- B. _____,
- 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 :