

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 septembre 2024

Composition : M. WIEDLER, président
Mmes Pasche et Durussel, juges
Greffière : Mme P. Meylan

Cause pendante entre :

I. _____, à [...], recourante, représentée par Swiss Claims Network SA, à Fribourg,

et

Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé.

Art. 28 LAI ; 43 et 61 let. c LPGA

E n f a i t :

A. I. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...], de nationalité suisse, mariée, mère de trois enfants majeurs, sans formation certifiée, droitière, est engagée à 100 % par le R. _____ (ci-après : le [...] ou l'employeur) en qualité d'employée de restauration depuis le 1^{er} janvier 2010.

Le 13 septembre 2021, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation sur l'autoroute, alors qu'elle était passagère attachée d'un véhicule ayant effectué un tonneau après perte de maîtrise de la part du conducteur.

Les 12 novembre et 3 décembre 2021, le Dr F. _____, spécialiste en radiologie, a respectivement conclu à une fracture de l'arc antérieur de la troisième côte gauche, en voie de consolidation, ainsi qu'à une rectitude rachidienne et cervico-discarthrose C4-C5 et C5-C6 avec signes d'instabilité latérale.

Après avoir réalisé un examen d'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de la colonne cervicale le 16 décembre 2021, la Dre T. _____, spécialiste en radiologie, a émis les conclusions suivantes :

« En C4-C5, hernie discale postéro-médiane avec rétrécissement modéré du canal cervical et discrète empreinte sur la moelle épinière, sans évidence de myélopathie en regard. Protrusion disco-ostéophytique latérale et foraminale droite avec possible conflit sur la racine C5 droite.

En C5-C6, protrusions disco-ostéophytiques latérales et foraminales bilatérales avec rétrécissements foraminaux prédominant à gauche, avec possible conflit sur les racines C6.

[...] ».

Le 7 février 2022, après avoir notamment examiné l'assurée et avoir visualisé l'IRM cervicale susmentionnée, le Dr O. _____, spécialiste en neurochirurgie, a considéré qu'il n'y avait pas d'indication pour une intervention neurochirurgicale chez l'assurée, laquelle présentait une hernie discale à base large en C3-C4 médiane et paramédiane bilatérale,

des rétrécissements foraminaux bilatéraux en C5-C6 d'origine arthrosique ainsi qu'une hernie discale à l'étage C4-C5, sans signe de radiculopathie ou myélopathie.

Le 4 avril 2022, la Dre J._____, spécialiste en neurologie, a posé le diagnostic de neuropathies d'enclavement du nerf médian au carpe et cubital au coude, à la suite d'un électroneuromyogramme réalisé le 12 janvier 2022 (cf. rapport de consultation du 12 janvier 2022 de la Dre J._____).

Le 22 juin 2022, à la suite de l'examen de radiographies de l'épaule droite, le Dr D._____, spécialiste en radiologie, a conclu à une discrète ostéophytose du tiers inférieur de la glène sans autre anomalie décelée.

Le 19 juillet 2022, l'assurée a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une demande de prestations de l'assurance-invalidité pour adultes en raison d'une hernie et de douleurs aux côtes et au bras droit consécutives à un accident.

Le 8 août 2022, le Dr B._____, spécialiste en médecine interne, médecin traitant de l'assurée, a renseigné l'OAI au sujet de l'état de santé de celle-ci et de sa capacité de travail. Le diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail était celui de séquelles de polytraumatisme dans le contexte d'un accident de voiture ayant eu lieu le 13 septembre 2021 avec en particulier un traumatisme crânien, des douleurs latéro-thoraciques gauches avec fracture de côte, des douleurs au niveau du tibia et de la jambe gauche ainsi que des douleurs au niveau des vertèbres thoraciques. Les limitations fonctionnelles à prendre en compte étaient les suivantes : problème de mobilité au niveau du bras droit avec manque de force et impossibilité à lever le bras plus haut que l'horizontale et diminution de rendement. La capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle était de 50 % dès le 1^{er} avril 2022. A ce rapport étaient annexés les rapports de radiographies du gril costal

gauche oblique du 12 novembre 2021 et de la colonne cervicale du 3 décembre 2021 du Dr F._____, le rapport d'IRM de la colonne cervicale du 16 décembre 2021 de la Dre T._____, les rapports de consultation des 12 janvier et 4 avril 2022 de la Dre J._____, le rapport de consultation du 7 février 2022 du Dr O._____ ainsi que le rapport de radiographies de l'épaule droite du 22 juin 2022 du Dr D._____.

Le 2 septembre 2022, les Dres L._____ et P._____, spécialistes en médecine du travail, ont établi un rapport à l'attention de l'OAI. Elles ont posé les diagnostics suivants : fracture de l'arc antérieur de la troisième côte à gauche à la suite d'un accident de la voie publique à haute cinétique en voiture le 13 septembre 2021, hernie discale postéro-médiane en C4-C5 avec rétrécissement modéré du canal cervical, discrète empreinte sur la moelle épinière et protrusion disco-ostéophytique latérale et foraminale droite avec possible conflit sur la racine C5 droite, protrusion disco-ostéophytique latérale et foraminale bilatérale en C5-C6 avec rétrécissements foraminaux prédominant à gauche et possible conflit sur les racines C6, neuropathie d'enclavement du nerf ulnaire droit au coude, syndrome du canal carpien droit de degré modéré et discrète ostéophytose du tiers inférieur de la glène de l'épaule droite. Elles ont retenu que l'assurée présentait les limitations fonctionnelles suivantes : fatigabilité augmentée, limitations pour les mouvements de flexion et rotation cervico-dorsale, limitations pour les mouvements au-dessus du plan de l'horizontale avec le membre supérieur droit, diminution de la force au niveau du membre supérieur droit et port de charges selon tolérance avec le membre supérieur droit (mais difficile à partir de 5 kg). Une augmentation du taux d'activité - dont elles rappelaient qu'il était alors de 50 % depuis le 1^{er} avril 2022 réparti sur les cinq matinées du lundi au vendredi de 5 h 30 à 9 h 30 - apparaissait peu probable dans son activité habituelle. Sa place de travail avait au reste été aménagée par sa responsable pour lui permettre de ne réaliser que les tâches à sa portée et respectant ses limitations fonctionnelles.

Interpellée par l'OAI, l'assurée lui a indiqué le 7 septembre 2022 que son taux d'activité serait de 100 % si elle n'était pas atteinte dans sa santé.

Sur demande de l'OAI, l'employeur a en outre exposé le 20 septembre 2022 à cet office que l'activité habituelle de l'assurée consistait à la préparation et à la distribution de mets froids et sucrés ainsi qu'au nettoyage des différents locaux, machines, matériel de cuisine et ustensiles. Cette activité sollicitait notamment que l'assurée marche, reste debout, soulève ou porte des charges légères et effectue des mouvements répétitifs importants.

Le 30 septembre 2022, l'assurée a été reçue en raison de cervicobrachialgies droites à la consultation du Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, lequel a préconisé un examen d'IRM de l'épaule droite et une éventuelle consultation spécialisée complémentaire auprès d'un confrère orthopédiste spécialisé pour l'épaule.

Le 3 octobre 2022, l'assurée s'est entretenue avec G._____, spécialiste en réinsertion professionnelle auprès de l'OAI. Elle lui a notamment exposé, en pleurs, qu'elle ne pouvait envisager de retravailler à plus de 40 % - 50 % et qu'elle souffrait de cette situation car elle craignait de perdre son emploi.

Le 25 novembre 2022, le Dr B._____ a renseigné l'OAI de manière complémentaire sur l'état de santé de la recourante et lui a transmis le rapport du 14 novembre 2022 du Dr S._____ relatif à sa consultation du 30 septembre 2022. En l'état, les diagnostics retenus étaient ceux de cervicobrachialgies avec discopathie C3-C4, C4-C5, C5-C6 prédominant en C4-C5 avec un possible conflit disco-radiculaire de la racine C5 droite. La capacité de travail de l'assurée était alors de 40 % dans son activité professionnelle aménagée, décrite comme partiellement adaptée ; elle pourrait être augmentée dans une activité plus adaptée, à un taux qui resterait à déterminer en fonction du nouveau travail.

Le 17 janvier 2023, un entretien de réseau a eu lieu au [...] en présence de l'assurée, de représentants de son employeur ainsi que d'G. _____ pour l'OAI. L'assurée, en pleurs durant une large partie de l'entretien, a notamment exposé que son état de santé ne s'améliorait pas ; néanmoins, elle voulait absolument continuer son activité habituelle et espérait pouvoir augmenter son taux à 50 %.

L'assurée a été reçue le 10 février 2023 par le Dr [...], spécialiste en médecine interne et rhumatologie, lequel a retenu le 17 février 2023 que l'assurée présentait des oligoarthralgies avec cervicoscapulalgies chroniques et une gonarthrose gauche tricompartmentale. On pouvait admettre des limitations fonctionnelles pour toute activité accroupie, à genoux, nécessitant la montée et la descente d'escaliers de manière répétitive ou avec piétinement répétitif.

Le 23 mars 2023, l'assurée a subi un examen d'IRM du genou gauche réalisé par la Dre [...], spécialiste en radiologie, laquelle a conclu à une gonarthrose sévère tricompartmentale à prédominance latérale et antérieure ainsi qu'à une déchirure du ménisque médial de grade 3.

Le 3 avril 2023, le Dr H. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, a vu l'assurée à sa consultation spécialisée. Il a conclu le 5 avril 2023 à l'existence d'un problème cervical avec des plaintes principales de l'assurée sous forme de paresthésies et de douleurs irradiant jusque dans la main droite. Au niveau de l'épaule, il y avait peut-être un élément de tendinopathie / lésion de la coiffe des rotateurs, mais au second plan cliniquement. En cas de persistance des symptômes, une consultation spécialisée chez un collègue spécialiste du rachis était préconisée.

Le 21 avril 2023, l'assurée a été vue à la consultation du Dr V. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et plus particulièrement de l'épaule. Ce chirurgien avait réalisé le 28 novembre 2014 une arthroscopie du genou gauche de

l'assurée après une déchirure méniscale. Il a posé le diagnostic de gonarthrose de stade 3 à gauche avec début de décoaptation. Les douleurs que l'assurée présentait alors étaient dues à la décoaptation qu'elle commençait à faire avec son genou gauche (cf. rapport du 24 avril 2023 du Dr V._____).

Le 23 mai 2023, le Dr B._____ a rapporté à l'OAI une péjoration nette de l'état de santé de l'assurée sur le plan ostéoarticulaire.

Le 29 juin 2023, l'OAI a confié à [...] SA le mandat d'établir une expertise rhumatologique ou de médecine physique et réadaptation.

Le 4 juillet 2023, l'assurée a été reçue à la consultation du Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur et plus particulièrement de la colonne vertébrale, lequel a posé les diagnostics de cervicalgies post traumatiques, cervicobrachialgies droites aspécifiques et sténose foraminale C4-C5, C5-C6 bilatérale, ainsi que le diagnostic secondaire de gonalgies sur troubles dégénératifs. Au surplus, il a relevé, aux termes de son rapport du 5 juillet 2023, que l'assurée était très triste. Elle était en outre très algique pendant l'examen clinique.

Le 22 août 2023, l'assurée a subi une infiltration foraminale C4-C5 droite réalisée sous contrôle scanner par le Dr [...], spécialiste en radiologie.

L'entretien expertal a été mené le 14 septembre 2023 en présence d'un interprète en langue tamoule par le Dr M._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation. Aux termes de son rapport d'expertise monodisciplinaire en médecine physique et réadaptation du 28 septembre 2023, les constatations du Dr M._____ tirées de cet entretien sont notamment les suivantes :

« Indications fournies spontanément par l'assurée dans le cadre d'un entretien ouvert

[...]

Madame I. _____ déclare qu'immédiatement après l'accident, elle a ressenti des douleurs rachidiennes diffuses et au niveau de l'épaule droite, les douleurs s'accroissant avec le temps.

Deux jours plus tard, alors qu'elle souffrait aussi au gril costal gauche, elle a rencontré son médecin traitant, un bilan radiologique a montré une fracture costale.

Les gonalgies principalement à gauche sont apparues environ 4 à 5 mois après l'accident. Elle a été traitée principalement par physiothérapie, Dafalgan 1 g et Lrfen avec des effets secondaires au niveau digestif. Après un arrêt de travail d'environ un an, Madame I. _____ a essayé de reprendre à 50 % à son poste habituel, mais au bout d'un mois, elle a dû diminuer à 30 % en raison des problèmes cervicaux, elle a repris son poste à 40 % depuis environ un an.

Il est rappelé à l'expertisée qu'elle a consulté en janvier 2022, puis en avril 2022, le Dr J. _____, neurologue. Elle rapporte qu'elle souffrait de paresthésies de la main droite au niveau des 4^e et 5^e doigts, d'un œdème de la face médiale du coude, avec des irradiations névralgiques jusqu'au cou. Elle a porté une attelle immobilisant tout le membre supérieur droit pendant un mois avec bénéfice, depuis les symptômes récidivent de temps en temps.

Madame I. _____ déclare qu'elle a revu récemment le chirurgien orthopédiste qui l'avait opérée en 2014 du genou gauche, en raison de l'aggravation des douleurs bilatérales prédominant à gauche, d'un dérouillage à la marche. Celui-ci a indiqué la poursuite de la physiothérapie, a précisé qu'il n'y avait *rien à faire, uniquement mettre une prothèse.*

Entretien approfondi sur les thèmes suivants **Affection actuelle**

En ce qui concerne les gonalgies, Madame I. _____ déclare *ça va*. Elle explique que cette amélioration est essentiellement liée au fait qu'elle rentre de quinze jours de vacances.

Elle précise qu'habituellement la flexion est difficile, la marche est limitée à 10-15 minutes sur le plat, en montée, mais pas en descente, la douleur survient parfois la nuit lorsqu'elle se tourne, rapidement lorsqu'elle est debout, son chef lui permet régulièrement de s'asseoir, est estimée à 70 % sur l'EVA [ndlr. échelle visuelle analogique].

Sur interrogatoire, elle précise que ses genoux gonflent l'après-midi.

La douleur la plus importante se situe au niveau cervical, est estimée à 60 % sur l'EVA aujourd'hui. Madame I. _____ précise qu'une infiltration a eu lieu il y a quinze jours sans effet positif.

Après avoir à nouveau expliqué l'utilisation de l'EVA, Madame I. _____ rapporte que les douleurs des genoux sont estimées en moyenne à 40 % et les douleurs cervicales à 70 %, décrites comme des brûlures, quelques fois irradiant dans l'oreille droite, sont

permanentes la journée, peuvent la réveiller la nuit. Elle se traite par la prise de 1 à 2 Dafalgan 1 g par jour plus physiothérapie deux fois par semaine.

Elle rapporte une douleur thoracique latérale gauche lorsqu'elle porte des poids lourds et même lorsqu'elle dort sur le côté gauche, à type de piqué.

Il est décrit sur interrogatoire une douleur rétro-scapulaire droite, un œdème de la face médiale du coude droit et quelques épisodes de paresthésies dans les 4^e et 5^e doigts qui surviennent de temps en temps.

Alors qu'ultérieurement, Madame I. _____ était extrêmement souriante, l'évocation de ces douleurs déclenche des pleurs, car elle exprime le fait qu'elle désire travailler à temps plein, comme cela a toujours été le cas depuis qu'elle est en Suisse, mais qu'elle s'en sent incapable.

[...]

Tableau clinique par rapport au travail

Il est précisé à Madame I. _____ que son activité semble adaptée selon les rapports en notre possession, elle précise cependant qu'elle ne peut travailler plus de 40 %, car elle ne supporte pas la position debout, ni assise prolongée.

[...] ».

Le Dr M. _____ a retenu les diagnostics incapacitants de cervicalgies chroniques sur cervicodiscarthrose et de gonalgies chroniques bilatérales sur gonarthrose tricompartmentale. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de travail répété en hyperflexion et en hyperextension du rachis cervical, pas de port de charges répété en rectitude du tronc > 5 kg, pas de port de charges en rectitude du tronc > 10 kg, pas de travail accroupi, à genoux, avec montées et descentes répétées d'escaliers, pas de marche prolongée sur terrain accidenté. Il évaluait la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle à 50 %, sans baisse de rendement, et la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à 100 %, toujours sans baisse de rendement, et ce dès le 8 février 2022, la capacité de travail ayant été nulle du 13 septembre 2021 au 7 février 2022.

Par projet de décision du 16 octobre 2023, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations de l'assurance-invalidité. Il retenait notamment que l'assurée présentait une

incapacité de travail et de gain de 50 % dans son activité habituelle d'employée de restauration, mais une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles - à savoir pas de travail répété en hyper flexion et en hyper extension du rachis cervical, de port de charges répété en rectitude du tronc de plus de 5 kg, de port de charges en rectitude du tronc de plus de 10 kg, pas de travail accroupi, à genoux, avec montées et descentes répétées d'escaliers, pas de marche prolongée sur terrain accidenté -, et ce dès la fin du délai d'attente, soit dès le 13 septembre 2022. Il considérait que l'assurée pouvait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger. Compte tenu du salaire qu'elle pourrait réaliser à 100 % dans une activité adaptée, son degré d'invalidité était arrêté à 20 % et ne donnait pas droit à une rente d'invalidité. Une aide au placement lui était cependant octroyée.

Lors d'un entretien téléphonique du 31 octobre 2023, l'assurée a sollicité G._____ de lui expliquer le projet de décision précité. En pleurs à plusieurs reprises, elle lui a en outre répété combien elle souhaitait continuer à aller travailler au CHUV à 40 %, son activité habituelle ayant été adaptée. Elle lui a par ailleurs exposé avoir pris des antidépresseurs, mais avoir interrompu son traitement après trois mois.

Le 13 novembre 2023, l'assurée, représentée par Swiss Claims Network SA, a contesté le projet de décision précité. Elle a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité.

Le 12 décembre 2023, l'assurée, toujours représentée par Swiss Claims Network SA, a complété ses déterminations. Elle a conclu à l'annulation du projet de décision et à la mise en place de mesures d'instruction complémentaires, notamment sous l'angle psychiatrique, subsidiairement à la reconnaissance d'une invalidité de 50 %. Elle soutenait notamment que la pathologie psychogène dont elle souffrait qui s'apparentait d'après elle à un trouble dépressif récurrent et la répercussion de cette pathologie sur sa capacité de travail n'avaient pas été examinées.

Par décision du 17 janvier 2024, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurance-invalidité de l'assurée. Aucun élément allégué à l'appui de sa contestation n'était susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position. En particulier, l'atteinte dépressive incapacitante alléguée par l'assurée n'était étayée par aucun document médical ; il n'avait pas été retenu d'atteinte psychiatrique ni fait état d'un suivi psychiatrique ou psychothérapeutique.

Par courrier de sa mandataire du 19 janvier 2024, l'assurée a transmis à l'OAI un courrier du 15 janvier 2024 du Dr B. _____ par lequel ce dernier l'avait informée des récentes démarches entreprises auprès du Prof. X. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et de la Dre P. _____ et des rapports à venir de ces spécialistes après qu'ils auraient réexaminé l'intéressée.

B. Par acte du 20 février 2024, toujours représentée par Swiss Claims Network SA, I. _____ a formé recours contre la décision du 17 janvier 2024 de l'OAI devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle a conclu, avec suite de frais et dépens, principalement, à l'annulation de la décision précitée et à l'octroi d'une rente d'invalidité de 50 % au moins, et, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise médicale polydisciplinaire dans les disciplines de la neurologie, l'orthopédie et la psychiatrie. Elle reprochait en substance à l'intimé d'avoir fondé l'évaluation de sa capacité de travail sur un état de faits inexact et incomplet, établi sur la base d'une expertise lacunaire. Elle considérait notamment que l'expertise diligentée par l'intimé dans le cadre de son instruction aurait dû comprendre plusieurs disciplines, à savoir la neurologie ou la neurochirurgie, l'orthopédie et la psychiatrie. A l'appui de son recours, elle a produit un rapport du 6 février 2024 du Prof X. _____ ainsi qu'un rapport du 9 février 2024 du Dr B. _____.

A teneur de leurs rapports respectifs précités, le Prof. X. _____ estimait fondamental de maintenir la recourante dans son poste d'employée de restauration auprès du R. _____ à 40 %, sachant

qu'il avait été aménagé pour tenir compte des cervicalgies chroniques, tandis que le Dr B. _____ confirmait notamment qu'il n'était pas possible compte tenu des limitations fonctionnelles que la recourante présentait alors d'envisager une activité qui soit plus adaptée que celle qu'elle exerçait auprès du [...] permettant une augmentation de son taux de travail.

Par courrier de sa mandataire du 13 mars 2024, la recourante a complété les moyens de preuves offerts à l'appui de son recours par la production d'un rapport du 5 mars 2024 des Dres L. _____ et P. _____, dont il ressort notamment la conclusion suivante :

« [...] Mme I. _____ présente des atteintes ostéoarticulaires d'évolution chronique et responsables de limitations fonctionnelles importantes, entraînant une diminution de sa capacité de travail dans son poste d'aide en cuisine, malgré des aménagements et adaptations. La capacité de travail maximale est estimée à 40 % avec diminution de rendement, dans son activité ayant fait l'objet de multiples aménagements tant concernant les activités que la planification des horaires de travail (répartition sur 4 demi-journées / semaine). La situation clinique est inchangée depuis de nombreux mois et une amélioration n'est pas attendue ».

Par réponse du 15 avril 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours. Elle a en substance rappelé les motifs de sa décision et soutenu que les rapports médicaux produits par la recourante à l'appui de son recours ne rapportaient pas d'aggravation des atteintes déjà prises en compte ou une nouvelle atteinte à la santé durablement incapacitante. Elle se fondait à cet égard sur un avis médical du 25 mars 2024 de la Dre C. _____ du Service médical régional, dont elle a produit une copie, en sus de son dossier.

Par courrier du 24 avril 2024 de sa mandataire, la recourante a confirmé ses conclusions.

E n d r o i t :

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

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

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité et plus particulièrement à une rente.

3. a) Le 1^{er} janvier 2022 sont entrées en vigueur les dispositions légales (LAI et LPGA notamment) et réglementaires (RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]) modifiées dans le cadre du « développement continu de l'AI » (RO 2021 705 ; FF 2017 2535).

b) 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. Tous les droits à la rente nés à partir du 1^{er} janvier 2022 sont régis par les dispositions de la LAI et du RAI dans leur version en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2022 (ch. 9101 de la circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales [ci-après : OFAS] sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité valable dès le 1^{er} janvier 2022, état au 1^{er} janvier 2024 [ci-après : CIRAI]).

c) En l'occurrence, vu la demande de prestations de l'assurance-invalidité de la recourante formée le 19 juillet 2022 et reçue le lendemain par l'intimé, l'éventuel droit à la rente peut avoir pris naissance au plus tôt le 20 janvier 2023 (art. 29 LAI). Sont donc applicables à l'examen du droit à la rente de la recourante les dispositions de la LAI et du RAI en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022. C'est ainsi dans cette version qu'elles sont reproduites, citées et appliquées ci-après.

4. 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 la personne assurée 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 la personne assurée à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé d'elle, 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 la personne assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) La personne assurée 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, si elle 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, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

c) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas atteinte dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

d) Pour fixer ce taux, l'administration - ou le juge s'il y a recours - a besoin de documents que les médecins, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Les données médicales constituent en outre un élément utile pour déterminer quelles activités peuvent encore être raisonnablement exigées de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

e) Selon le principe de la libre appréciation des preuves ancré à l'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 (ATF 125 V 351 consid. 3a et l'arrêt cité).

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, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale

soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

f) Cela étant, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, 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 ; cf. également ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à la personne assurée 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 ; 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 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).

5. a) En l'occurrence, la recourante fait valoir que le rapport d'expertise du 28 septembre 2023 du Dr M._____, sur lequel l'intimé a fondé la décision litigieuse, serait incomplet car dénué de volets neurologique ou neurochirurgical, orthopédique et psychiatrique, si bien qu'il ne saurait revêtir une valeur probante suffisante au rejet de la demande. Elle reproche en outre à l'expert son appréciation de la capacité de travail de la recourante. Lorsqu'il a conclu à une capacité de travail

entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, le spécialiste en médecine physique et en réadaptation précité n'aurait pas tenu dûment compte des douleurs chroniques subies par la recourante, lesquelles entraîneraient des limitations fonctionnelles importantes. Elle se prévaut tout particulièrement des appréciations contraires du Dr B. _____ et du Prof. X. _____, lesquels s'accordent pour conclure à une capacité de travail résiduelle de 50 % maximum dans son activité habituelle telle qu'adaptée aux limitations fonctionnelles de la recourante.

L'intimée considère, quant à elle, que le rapport d'expertise précité doit se voir accorder une pleine valeur probante. Elle souligne en particulier que la recourante ne fait valoir aucun élément objectif qui n'ait pas déjà été pris en compte par le Dr M. _____.

b) Il convient d'examiner si le rapport d'expertise du 28 septembre 2023 du Dr M. _____ remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante et, en particulier, s'il comprend une investigation et un examen suffisants des plaintes de la recourante.

c) A teneur de son rapport d'expertise, le Dr M. _____ retient les diagnostics incapacitants de cervicalgies chroniques sur cervicodiscarthrose et de gonalgies chroniques bilatérales sur gonarthrose tricompartmentale. Il exclut ainsi les diagnostics de sténose foraminale modérée C5-C6 et C4-C5 des deux côtés, de discrète ostéophytose du tiers inférieur de la glène de l'épaule droite, de neuropathie d'enclavement du nerf ulnaire droit au coude et du syndrome du canal carpien droit de degré modéré, retenus les 22 juin 2022, 2 septembre 2022 et 4 juillet 2023 par les Drs D. _____, L. _____, P. _____ et Q. _____. Or, si le Dr M. _____ a bien constaté aux pp. 7, 20 et 21 de son rapport d'expertise que ses confrères et consœurs avaient posé les diagnostics précités, il ne les a pas discutés ni n'a *a fortiori* motivé pourquoi il les considérait comme non-incapacitants, voire les écartait. La motivation des conclusions du Dr M. _____ quant aux diagnostics retenus est donc insuffisante à l'aune des exigences jurisprudentielles susmentionnées.

Cette motivation est d'autant plus insatisfaisante qu'elle ne permet pas de comprendre la mesure dans laquelle l'expert a tenu compte des plaintes de la recourante et pour quels motifs. Ainsi, il ne ressort pas du rapport d'expertise que la symptomatologie afférente aux diagnostics non retenus par le Dr M. _____ aurait disparu. Au contraire, ce dernier indique à la page 11 de son rapport que la recourante lui a spontanément signalé que les symptômes ressentis au niveau de son membre supérieur droit, à savoir en particulier des paresthésies de la main droite au niveau des quatrième et cinquième doigts et des irradiations névralgiques, récidivent de temps en temps depuis qu'elle ne porte plus d'attelle. Il expose encore à la page 12 qu'interrogée, la recourante a décrit une douleur rétro-scapulaire droite, un œdème de la face médiale du coude droit et quelques épisodes de paresthésies dans les quatrième et cinquième doigts survenant de temps en temps. Or, si l'expert constate une absence de divergence entre les symptômes décrits et l'observation objective médicale (cf. p. 22 du rapport d'expertise médicale), il n'explique pas les motifs pour lesquels ces symptômes ne traduiraient cependant aucun diagnostic incapacitant ni n'entraîneraient aucune limitation fonctionnelle. Il en va de même *mutatis mutandis* des plaintes de la recourante afférentes aux positions assise et debout prolongées qu'elle lui avait pourtant dit ne pas supporter (comp. pp. 13 et 23 du rapport d'expertise médicale).

A cela s'ajoute que ce rapport d'expertise ne comprend aucune discussion des constatations respectives du 2 septembre 2022 des Dres L. _____ et P. _____ et du 25 novembre 2022 du Dr B. _____ relatives à la capacité de travail de la recourante ni *a fortiori* d'investigation complémentaire à son sujet. En fait, le Dr M. _____ s'est limité à les reproduire dans la synthèse du dossier médical de la recourante (cf. pp. 7 et 8 du rapport d'expertise médicale), avant de considérer au terme de son évaluation médicale qu'il était indiqué de poursuivre l'activité d'aide de cuisine au maximum à 50 % (p. 22 du rapport précité), tout en concluant sur le plan médico-assurantiel à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (p. 24 du rapport

précité), le poste de travail de la recourante étant qualifié de partiellement adapté (p. 22 du rapport précité). On ne comprend dès lors pas comment le Dr M._____ peut retenir que la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée reste entière. Aussi la motivation des conclusions du Dr M._____ quant à la capacité de travail de la recourante est-elle également insuffisante au regard des exigences jurisprudentielles susmentionnées.

Ces conclusions sont au reste contredites par celles du 6 février 2024 du Prof. X._____, du 9 février 2024 du Dr B._____ et du 5 mars 2024 des Dres L._____ et P._____. Les Drs B._____, [...] et P._____ en particulier retiennent en effet que la capacité de travail maximale de la recourante est de 40 % - avec diminution de rendement - dans son activité d'employée de restauration auprès du [...], laquelle a fait l'objet de multiples aménagements tant concernant le cahier des charges de la recourante que la planification de ses horaires de travail. En d'autres termes, ils considèrent que la recourante n'est plus en mesure de travailler à 100 %, et ce même dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

On ajoutera enfin qu'il ressort des notes d'entretien de l'intimé que l'assurée pleure systématiquement lorsqu'elle parle de son état de santé et de son impossibilité à travailler à 100 % (cf. rapports d'entretien des 3 octobre 2022, 17 janvier et 31 octobre 2023 notamment). Le Dr M._____ a également relevé ces pleurs, tout en soulignant que le Dr Q._____ avait aussi noté cette tristesse aux termes de son rapport du 5 juillet 2023 (cf. pp. 12 et 21 du rapport d'expertise). Il n'a cependant effectué aucun test psychologique (cf. p. 19 du rapport d'expertise) afin de déterminer si ces éléments étaient symptomatiques d'une atteinte d'ordre psychique à la santé de la recourante. Cette problématique n'a pas non plus été investiguée d'une autre manière par l'intimé.

d) En conclusion, les éléments qui précèdent soulèvent des doutes sur la fiabilité et la pertinence de l'appréciation du Dr M._____ concernant les diagnostics incapacitants retenus, les limitations

fonctionnelles de la recourante et, partant, sa capacité de travail. Aussi l'intimé ne peut-il être suivi lorsqu'il considère que le rapport d'expertise du 28 septembre 2023 du Dr M. _____ suffit à retenir une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de la recourante. La capacité de travail, l'éventuelle baisse de rendement et les limitations fonctionnelles de la recourante doivent faire l'objet d'investigations complémentaires.

6. a) Selon la jurisprudence, le juge des assurances qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4 ; 122 V 163 consid. 1d).

b) Au moment d'examiner l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (cf. TF U 571/2006 du 29 mai 2007 consid. 4.2 in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, 4^e éd. Zurich/Bâle/Genève 2020, n^{os} 12 et 17 ad art. 43 LPG).

c) Lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, un renvoi à l'assureur ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4 ; 122 V 163 consid. 1d). Il est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

d) En l'occurrence, il s'impose d'annuler la décision entreprise et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire. En

effet, l'intimé n'a pas dûment investigué l'état de santé de la recourante. Cela vaut tout particulièrement pour les plans neurologique et psychiatrique, lesquels n'ont fait l'objet d'aucun éclaircissement par l'intimé. Il n'appartient dès lors pas à la Cour de céans d'instruire et trancher ces dernières problématiques. Il incombera ainsi à l'intimé de mettre en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire comportant des volets neurologique et psychiatrique, en sus d'un volet rhumatologique ou orthopédique, destinée à clarifier le tableau clinique présenté par la recourante et les répercussions de ses atteintes sur sa capacité de travail. Une fois l'instruction complétée, il appartiendra à l'intimé de fixer le degré d'invalidité de la recourante, de déterminer quelles activités peuvent être raisonnablement exigées d'elle et, sur cette base, d'examiner si l'intéressée a droit à une rente.

7. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision entreprise annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des 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 l'intimé, vu l'issue du litige.

c) La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de sa mandataire (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 1'200 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de l'intimé.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 17 janvier 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction et nouvelle décision.

- 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. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à I. _____ la somme de 1'200 fr. (mille deux cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Swiss Claims Network SA (pour I. _____),
- l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- l'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 :