

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 juin 2015

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Röthenbacher et M. Métral, juges
Greffière : Mme Brugger

Cause pendante entre :

V._____, à [...], recourante, représentée par Me Olivier Carré, avocat à
Lausanne,

et

A._____, à Vevey, intimé.

Art. 6, 7 et 8 al. 1 LPGA; 4 al. 1, 28 et 28a al. 3 LAI; 27bis RAI

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], ressortissante [...] au bénéficiaire d'un permis C, mariée et mère de famille, sans formation, a travaillé comme femme de ménage à mi-temps auprès de la [...] à [...] jusqu'au 31 octobre 2005 (résiliation par l'employeur), ainsi que sporadiquement comme effeuilleuse de vignes. Atteinte d'un cancer du sein gauche, elle a subi une opération le 1^{er} septembre 2004, suivie d'une radiothérapie, avant de présenter une incapacité de travail dès le 11 mai 2005.

L'assurée a déposé le 8 novembre 2005 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI ou l'intimé) tendant à l'octroi d'une rente, indiquant qu'elle aurait poursuivi son activité de femme de ménage à 50% si elle était restée en bonne santé (formulaire 531 bis).

Dans un rapport du 13 janvier 2006 à l'OAI, le Dr Y._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée depuis 1992, a posé les diagnostics principaux de capsulite rétractile de l'épaule gauche, de tumorectomie du sein gauche pour carcinome canalaire invasif et de radiothérapie, remontant à l'automne 2004. Selon le médecin traitant, l'incapacité de travail de sa patiente était totale à compter du 11 mai 2005 dans toute activité, en raison du handicap de son membre supérieur gauche et de son état considéré comme trop algique pour une activité professionnelle.

Dans un rapport médical du 20 juillet 2006 à l'OAI, la Dresse T._____ spécialiste en rhumatologie et rhumatologue traitante de l'assurée, a diagnostiqué une capsulite rétractile de l'épaule gauche, ainsi que des douleurs résiduelles du sein gauche, status après tumorectomie, curage axillaire pour carcinome canalaire invasif du quadrant inféro-externe du sein gauche et radiothérapie. Elle constatait la persistance d'un syndrome douloureux de l'épaule gauche, exacerbé au moindre effort et

s'accompagnant d'une reprise de la symptomatologie du gros bras, ainsi qu'une importante limitation fonctionnelle, qui contre-indiquaient l'activité de femme de ménage depuis l'automne 2004. Selon elle, toute autre activité paraissait difficilement concevable, compte tenu des difficultés linguistiques que présentait sa patiente, à laquelle elle avait par ailleurs suggéré en vain, en décembre 2005, la prise d'antidépresseurs dans le but d'améliorer son sommeil et son état anxio-dépressif.

Dans un rapport du 23 octobre 2006 à l'OAI, le Dr F._____, spécialiste en radio-oncologie, a fixé l'incapacité de travail de l'assurée en tant que femme de ménage à 100% du 5 octobre au 15 décembre 2004, à 0% du 16 décembre 2004 au 10 mai 2005, puis de nouveau à 100% dès le 11 mai 2005. Il relevait que l'assurée avait développé une diminution progressive de la fonction de son épaule gauche dans les suites de ses traitements oncologiques et que nonobstant un pronostic du cancer favorable, l'activité habituelle n'était plus exigible depuis le 11 mai 2005. Il était toutefois d'avis que l'intéressée restait à même d'exercer à mi-temps un travail manuel ménageant le bras gauche, avec une diminution de rendement de 30%.

Dans un rapport médical du 30 octobre 2006 à l'OAI, le Dr H._____, spécialiste en gynécologie et obstétrique, a émis pour sa part un mauvais pronostic, suite à l'échec du traitement physiothérapeutique entrepris. Il considérait que l'activité professionnelle habituelle n'était plus exigible, mais qu'un travail de bureau évitant les mouvements du bras gauche était envisageable à plein temps, une diminution de rendement n'étant pas exclue.

Au vu de ces éléments, un examen orthopédique a été effectué le 19 février 2007 au Service médical régional AI (ci-après : SMR) par le Dr X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a retenu, dans son rapport du 27 février 2007, les diagnostics de séquelles de capsulite rétractile de l'épaule gauche chez une droitière et de lombalgies chroniques, ainsi que ceux - sans répercussion sur la capacité de travail - de status après

tumorectomie et curage axillaire pour carcinome canalaire invasif du cadran inféro-externe du sein gauche, d'obésité (BMI à 31), de status après hystérectomie et annexectomie, de périarthrite de la hanche droite et d'épigastalgies. L'expert était d'avis que la limitation de la mobilité de l'épaule et les douleurs persistantes étaient susceptibles d'amélioration moyennant un traitement antalgique et que l'assurée étant droitrière, elle était en mesure d'exercer n'importe quel métier permettant d'épargner le membre supérieur gauche (pas de port de charges supérieures à 5kg avec le membre supérieur gauche, pas de mobilisation de l'épaule gauche au-delà de l'horizontale, pas de position penchée en avant ou en porte-à-faux). Il estimait que le métier de femme de ménage ne respectait pas ces limitations fonctionnelles, de sorte que la capacité de travail de l'intéressée dans cette activité n'excédait pas 30%, mais qu'une activité adaptée était pleinement exigible à compter du 16 décembre 2004.

Dans un rapport d'examen du 16 mars 2007, la Dresse C. _____ du SMR a considéré que l'atteinte principale à la santé de l'assurée consistait en des séquelles de capsulite rétractile de l'épaule gauche et que la capacité de travail était de 30% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles dès le 16 décembre 2004. Elle exposait que le Dr F. _____ avait mis un terme à l'incapacité de travail de l'intéressée au 15 décembre 2004, avant d'attester une nouvelle incapacité dans l'activité de femme de ménage en mai 2005 suite à la capsulite de l'épaule, soit un motif non oncologique, raison pour laquelle il convenait d'admettre également une capacité de travail dans une activité adaptée à compter du 16 décembre 2004.

Au terme d'une enquête économique sur le ménage réalisée le 26 juillet 2007, l'assurée a été considérée comme active à 50% et ménagère à 50% et son empêchement ménager a été fixé à 15,6%. Le rapport d'enquête faisait état d'une personne déprimée ne parvenant pas à surmonter ses problèmes et comptant énormément sur l'aide de sa famille pour assumer l'entretien du ménage et la préparation des repas, donnant l'impression de pouvoir faire davantage sans en avoir le courage ni la force psychique.

L'assurée a participé à un stage d'évaluation professionnelle auprès du centre de formation E._____, à [...], du 25 août au 24 novembre 2008. Le rapport du 11 novembre 2008 relevait que l'assurée s'était adaptée avec beaucoup de difficultés aux conditions de travail et qu'elle avait rapidement démontré son incapacité à être active dans les ateliers, d'importants problèmes de communication, un manque d'intérêt, ainsi que des limitations physiques pénalisant fortement le bon déroulement du stage. L'intéressée était toutefois décrite comme une bonne exécutante, réalisant un travail de qualité malgré sa lenteur d'exécution et son rendement symbolique. Le rapport d'évaluation parvenait dès lors à la conclusion que l'état de santé physique et psychique de l'assurée constituait un frein important et préteritait sa capacité à avoir un rythme de travail soutenu et productif, de sorte qu'elle ne pouvait prétendre à une capacité de gain dans l'économie, son rendement étant estimé entre 10 et 20% sur un taux de présence de 75%. Au vu de son état de santé et de ses limitations physiques, seule une activité mono manuelle ou un travail de contrôle industriel pouvait être envisagé.

Dans un rapport médical du 17 décembre 2008 à l'OAI, le Dr Y._____ a retenu un état anxio-dépressif et prescrit un traitement alliant antidouleurs et antidépresseurs. Il observait en outre que les symptômes présentés restaient inchangés et que l'intéressée était toujours fortement limitée dans l'utilisation de son membre supérieur gauche, de sorte que le pronostic était mauvais et que l'incapacité totale de travail perdurait.

Dans un avis médical du 24 février 2009, le Dr N._____ du SMR a estimé qu'il n'y avait pas d'élément médical nouveau susceptible de modifier les conclusions prises par le SMR dans son premier rapport du 16 mars 2007.

Par décision du 19 juin 2009 confirmant un projet de décision du 11 mars 2009, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité, considérant que l'assurée présentait une pleine capacité de travail exigible

dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il retenait un taux d'invalidité de 21% en tant qu'active à 70% qui, ajouté à l'empêchement de 15,6% en tant que ménagère à 30%, donnait un degré d'invalidité global de 19,38%, insuffisant pour ouvrir le droit à un rente.

Saisie d'un recours de l'assurée, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (ci-après : Casso) a, par arrêt du 9 février 2010 (AI 374/09-48/2010), admis le recours et renvoyé la cause à l'OAI afin qu'il en complète l'instruction sur le plan médical, par la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique, puis rende une nouvelle décision, motivée au regard de la problématique du rendement dans une activité qui pourrait être réputée adaptée, ainsi que s'agissant de l'abatement, en considérant notamment ce qui suit :

« **4. a)** En l'espèce, la décision litigieuse fait siennes les conclusions du rapport d'examen orthopédique du SMR du 27 février 2007, selon lesquelles l'assurée dispose d'une capacité de travail exigible de 30% dans son ancienne activité de femme de ménage et de 100% dans une activité ménageant le bras gauche, dès le 16 décembre 2004. La recourante fait valoir à cet égard que cette appréciation va à l'encontre des autres rapports médicaux versés au dossier, ainsi que des constatations faites à l'occasion du stage d'évaluation professionnelle, dont il ressort que sa capacité de travail se voit dans tous les cas affaiblie en raison des affections présentées.

Ce grief est fondé. En effet, tous les médecins consultés s'accordent à dire que la recourante n'est plus à même de reprendre son ancienne activité de femme de ménage compte tenu de ses limitations fonctionnelles, à l'exception du Dr X. _____ du SMR, qui fixe la capacité de travail exigible à 30% dans cette activité. Or, cette appréciation est paradoxale dans la mesure où ce médecin admet dans un premier temps que l'activité de femme de ménage ne répond pas aux limitations fonctionnelles de l'intéressée (pas de port de charges supérieures à 5kg avec le membre supérieur gauche, pas de mobilisation de l'épaule gauche au-delà de l'horizontale, pas de position penchée en avant ou en porte-à-faux), puis affirme, sans plus ample motivation, que la capacité de travail dans cette activité s'élève néanmoins à 30 pour-cent. De surcroît, en retenant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, le Dr X. _____ fait fi de la problématique psychologique (état anxio-dépressif), laquelle a pourtant été relevée par la Dresse T. _____ en décembre 2005 déjà, ainsi que lors de l'enquête économique sur le ménage et du stage d'évaluation professionnelle, puis confirmée par le Dr Y. _____ en décembre 2008, l'intéressée étant par ailleurs toujours sous traitement antidépresseur. En outre, le Dr X. _____ n'expose pas les motifs qui l'amènent à retenir une pleine capacité de travail exigible depuis le 16 décembre 2004, soit trois mois après l'opération du cancer du sein, à laquelle ont succédé une

radiothérapie jusqu'au 26 novembre 2004, puis une hormonothérapie. Les explications apportées à cet égard par le SMR dans son rapport du 16 mars 2007 n'emportent pas non plus la conviction, ce d'autant moins que la tentative de l'assurée de reprendre son activité professionnelle au début de l'année 2005 a échoué et que son arrêt de travail remonte au 11 mai 2005. Enfin, dans son avis du 24 février 2009, le SMR ne pouvait se contenter de constater l'absence d'élément médical nouveau, dès lors que, postérieurement au rapport du Dr X._____, qui ne traite pas de la question du rendement, tant les intervenants du centre E._____ que les autres médecins interpellés avant le stage, puis le Dr Y._____ après celui-ci, mettent en avant cette problématique, tenue pour constante et déterminante. Le taux de rendement étant diversement apprécié, l'OAI aurait dû trancher cette question ou à tout le moins motiver les raisons pour lesquelles il écartait toute diminution de rendement.

Cela étant, force est de constater que l'instruction sur le plan médical s'avère insuffisante, de sorte qu'il n'est pas possible de se prononcer en l'état sur la capacité de travail exigible de la recourante.

b) S'agissant du calcul du préjudice économique, c'est à juste titre que l'OAI a appliqué la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (cf. supra, consid. 3b) et considéré la recourante comme active à 70% et ménagère à 30%, dès lors que celle-ci a confirmé en procédure qu'elle aurait poursuivi son activité accessoire d'effeuilleuse de vigne en sus de son activité principale de femme de ménage si elle était restée en bonne santé. Cependant, le taux d'invalidité tel que calculé par l'OAI ne saurait être retenu.

En effet, comme vu ci-dessus, le calcul effectué par l'OAI se voit faussé par l'absence de prise en considération d'une quelconque diminution de rendement. Il l'est également s'agissant de l'abattement de 10%, qui paraît insuffisant, ou à tout le moins insuffisamment motivé au regard du cumul des critères que sont en l'occurrence les limitations fonctionnelles, l'absence de toute formation, la méconnaissance de la langue, les ressources intellectuelles limitées et l'âge somme toute avancé de la recourante. Enfin, on ne s'explique pas le montant du revenu sans invalidité tel que retenu par l'office intimé, lequel doit être le plus concret possible (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1) et comprendre, outre le revenu de l'activité de femme de ménage, celui de l'activité viticole, dès lors que le statut d'active à 70% peut être retenu.

Cela étant, tant du point de vue de l'évaluation de la capacité de travail que du degré d'invalidité, la décision attaquée ne peut être confirmée ».

B. Reprenant l'instruction du dossier, l'OAI a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire, soit rhumatologique et psychiatrique auprès du B._____ (ci-après : le B._____), à [...].

L'assurée s'est ainsi présentée les 22 et 23 septembre 2010 au B. _____ pour un examen médical en présence d'un traducteur auprès des Drs S. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et Q. _____, spécialiste en rhumatologie. Dans leur rapport du 26 novembre 2010, les médecins ont notamment exposé les éléments suivants :

« Situation actuelle, synthèse et conclusions :

Sur le plan rhumatologique, depuis 2004, les douleurs se sont légèrement améliorées, surtout grâce à un traitement de prednisone, mais il persiste actuellement une nette limitation de la mobilité avec des douleurs selon les mouvements.

Madame V. _____ se plaint également de paresthésies des doigts avec un EMG [électromyogramme] décrivant un minime tunnel carpien des deux côtés.

Elle mentionne aussi des douleurs de la région latérale de la hanche droite, augmentées selon les mouvements.

A l'examen clinique, on note effectivement des signes de limitation de mobilité active et passive de l'épaule gauche avec une rotation externe et une abduction diminuées à gauche, compatibles avec une capsulite rétractile. Il n'y a pas de signe de lymphoedème mais toute la région pectorale gauche et axillaire est sensible. Il existe également des signes de périarthrite de hanche droite.

Les examens radiologiques, en particulier l'IRM [imagerie par résonance magnétique] de l'épaule gauche, ne montrent pas d'autre atteinte.

En conclusion, Madame V. _____ présente une capsulite rétractile de l'épaule gauche dans les suites d'une intervention pour cancer du sein gauche en 2004. Depuis, les douleurs sont moins importantes, mais il persiste principalement une nette limitation de la mobilité de cette épaule gauche surtout en abduction et dans les rotations.

Il existe également un discret tunnel carpien et des signes de périarthrite de hanche droite.

Du point de vue fonctionnel, elle est effectivement limitée dans tous les travaux manuels comme le ménage qui nécessite l'utilisation des deux bras. Concernant une autre activité, elle est limitée dans les ports de charges, et tous les mouvements de l'épaule gauche, surtout en abduction et dans les rotations.

Madame V. _____ ne peut plus exercer son ancienne activité de femme de ménage, car elle ne peut pas mobiliser son membre supérieur gauche. Elle ne peut effectuer aucune activité nécessitant l'utilisation de l'épaule gauche.

Une activité mono-manuelle droite est théoriquement possible, mais grevée par des facteurs non médicaux, soit scolarité courte, absence de formation professionnelle et de compréhension du français.

Sur le plan psychique, Madame V._____ n'a pas de plainte particulière, hormis une plus forte réactivité émotionnelle s'inscrivant dans le cadre du récent décès de son père.

A l'examen clinique, on n'observe pas de rétrécissement marqué du champ de la pensée sur les douleurs. Il n'y a pas de trouble cognitif. L'assurée se montre émue à quelques reprises, mais cela n'est pas envahissant. Il n'y a pas de tristesse marquée. Au contraire, elle se montre même souriante.

Sur la base de ces éléments, nous ne retenons pas d'affection psychiatrique particulière. Il n'y a pas d'élément non plus pour un trouble de l'adaptation, ni un état anxio-dépressif manifeste.

Le trouble anxieux et dépressif n'est pas une affection psychiatrique sévère susceptible de limitation de la capacité de travail. Le fait d'être inquiète dans une situation d'incertitude ne représente pas une affection psychiatrique.

L'anamnèse ne met pas en évidence d'épisode dépressif par le passé hormis la description de fatigue. Toutefois, dans le passé, il a [été] décidé de lui prescrire un antidépresseur. L'assurée note que cela a atténué certaines tensions qui sont réapparues à l'arrêt de l'antidépresseur il y a environ un an et que depuis elle gère cela par ses propres moyens ce qui démontre que l'assurée a de bonnes ressources personnelles.

Madame V._____ mentionne que ce traitement a permis d'atténuer une certaine nervosité, nervosité qui est souvent le symptôme d'un état dépressif. Il est donc très probable que l'assurée a présenté un trouble de l'adaptation avec une réaction mixte et dépressive précédemment. Toutefois, l'anamnèse ne permet pas de retrouver des éléments en faveur d'un épisode dépressif invalidant.

Nous ne retrouvons pas non plus d'élément en faveur d'un trouble somatoforme. L'assurée n'est pas désespérée et elle ne présente pas une souffrance envahissante.

Dans une appréciation de stage, il avait été mentionné que les ressources intellectuelles étaient limitées et que l'assurée présentait une fragilité psychique. Nous ne retrouvons aucun élément en faveur d'un retard mental ni d'une fragilité psychique.

Par ailleurs, l'assurée conserve sa capacité à entretenir des relations sociales.

En conclusion, Madame V._____ ne présente aucune limitation fonctionnelle. Elle peut travailler 8 heures par jour sans diminution de rendement dans son activité habituelle ».

Au vu de leurs conclusions respectives sur les plans rhumatologique et psychique, les experts S._____ et Q._____ ont retenu conjointement comme diagnostic ayant une répercussion sur la

capacité de travail une capsulite rétractile de l'épaule gauche avec importante diminution de la mobilité en abduction et dans les rotations. Selon eux, les diagnostics de tunnel carpien bilatéral minime et de périarthrite de la hanche droite n'avaient aucune répercussion sur la capacité de travail. Sur le plan psychique, ils ne faisaient état d'aucune limitation fonctionnelle, tandis que sur le plan physique, ils indiquaient que l'assurée était limitée dans tous les mouvements utilisant l'épaule gauche et dans le port de charges avec le membre supérieur gauche. En conclusion, l'activité de femme de ménage n'était plus possible depuis 2004. Une autre activité, pour autant qu'elle soit mono-manuelle droite, était théoriquement exigible à plein temps et sans diminution de rendement. Ils précisaient toutefois que des facteurs non médicaux intervenaient dans le choix de l'activité, vu le peu de scolarité, l'absence de formation professionnelle et la méconnaissance du français de l'assurée.

L'OAI a soumis le rapport d'expertise du B._____ à son SMR. Dans un avis du 2 décembre 2010, le Dr K._____ du SMR a retenu que l'expertise pluridisciplinaire remplissait les critères de qualité requis. Il a estimé que les limitations fonctionnelles exposées par les experts du B._____ ne correspondaient pas à une activité mono-manuelle, mais permettaient à l'assurée d'utiliser sa main gauche pour toute tâche exécutée bras au corps et ne nécessitant pas de travail en force. Pour le reste, il reprenait les conclusions de l'expertise, à savoir que le diagnostic de capsulite rétractile de l'épaule gauche justifiait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle depuis 2004 et permettait une capacité de travail de 100% dans un activité adaptée, mais que des facteurs non médicaux étaient susceptibles d'entraver la reprise d'une activité professionnelle (faible niveau scolaire, absence de formation professionnelle, absence de compréhension du français).

Par communication du 3 février 2011, l'OAI a accordé à l'assurée une orientation professionnelle afin de déterminer les possibilités de réinsertion professionnelle.

Le 12 mai 2011, l'assurée, accompagnée de son neveu comme traducteur, s'est présentée pour un entretien au service de réadaptation de l'OAI (ci-après : le REA). Selon la note de suivi du même jour, le collaborateur du REA a proposé à l'assurée de se présenter au Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité (COPAI) à Yverdon pour l'examen de sa capacité de travail. Il a été convenu avec l'assurée, qui ne se sentait pas la force d'y aller au vu de ses difficultés à se déplacer, sa fatigue et ses douleurs, de donner une réponse plus tard sur cette proposition.

Au cours d'un second entretien avec le REA, le 17 août 2011, l'assurée, accompagnée cette fois de son fils comme traducteur, s'est plaint de douleurs au sein droit et au dos et a indiqué avoir subi dernièrement plusieurs examens médicaux. Elle a donné des précisions quant aux salaires qu'elle percevait en qualité d'effeuilleuse de vignes et de femme de ménage avant son atteinte à la santé. Selon le collaborateur du REA, toutes mesures telles qu'une observation professionnelle ou une aide au placement seraient mises en échec par l'assurée en raison de sa santé précaire. Avant de rendre son rapport final, il proposait de requérir un rapport médical à son médecin traitant (cf. note de suivi du 17 août 2011).

Au vu de ces éléments, l'OAI a demandé au Dr Y._____ un rapport médical. Dans un courrier du 20 décembre 2011 à l'OAI, le Dr Y._____ a estimé que les conclusions du rapport d'expertise du B._____, « tirées en deux lignes », n'avaient rien à voir avec les quatorze pages précédentes du rapport. Selon lui, son avis, ainsi que ceux de la Dresse T._____, du Dr F._____ et du Centre E._____ avaient été balayés « froidement » au profit de conclusions qui convenaient davantage à l'OAI, telles que celles du Dr X._____ et des experts du B._____.

Dans son rapport final du 24 octobre 2012, le REA a conclu qu'aucune mesure de réinsertion professionnelle n'était possible.

Dans une communication interne du 13 décembre 2012, la juriste de l'OAI a fait la proposition suivante :

« Le TCA [Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal] a annulé notre décision et renvoyé le dossier à l'OAI pour complément d'instruction sur le plan médical et pour refaire le calcul du préjudice économique.

En substance, le TCA n'est pas convaincu des conclusions de l'examen clinique du SMR du 27.02.2007 (absence de prise en considération de l'aspect psychique/ ne se prononce pas sur le rendement de l'assurée) ni de la position de l'OAI qui, malgré un rendement apprécié diversement, ne motive pas pourquoi il ne retient pas de diminution de rendement (cf. page 11 du jugement du TCA du 09.02.2010).

A la lecture de l'expertise du B._____, je constate que la réponse à la question « y-a-t-il une diminution de rendement dans une activité adaptée ? » est « non » sans autre explication.

Exigibilité : J'estime que pour remédier aux griefs du TCA, il faut que le SMR se prononce expressément sur cette question au besoin en interpellant le B._____; sans quoi le même reproche pourrait nous être fait en cas de nouveau recours.

En ce qui concerne le statut, il convient de maintenir celui de 70% active et 30% ménagère. Le TCA a confirmé ce statut mixte. Rien n'indique que l'assurée aurait, depuis et en bonne santé, changé de statut.

Par ailleurs, je te laisse le soin de nous indiquer le RS [revenu sans invalidité] « panaché » à 70% (femme de ménage et travailleuse dans les vignes).

En matière de RI [revenu avec invalidité], je préconise l'application de l'ESS [enquête suisse sur la structure des salaires]. Il faut cependant attendre la réponse du SMR en ce qui concerne le rendement exigible ».

Dans un avis médical du 21 juin 2013, le Dr N._____ du SMR a retenu que la situation médicale était claire depuis mars 2007 (rapport SMR du 16 mars 2007) et confortée par l'expertise du B._____. En conclusion, dans une activité adaptée, la capacité de travail médicothéorique était de 100% sans diminution de rendement. Selon le Dr N._____, l'absence de diminution de rendement était justifiée par l'inexistence de comorbidité notamment psychiatrique ayant une influence sur le rendement de l'assurée, laquelle a été constatée par les experts dans leur rapport.

Le 1^{er} juillet 2013, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision de refus de rente. Au vu de l'expertise du B. _____ notamment, l'OAI a constaté que l'assurée présentait une capacité de travail totale dès le 16 août 2005 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, et ce sans diminution de rendement dès lors qu'aucune comorbidité psychiatrique n'existait. En prenant en compte tant l'activité de femme de ménage que celle d'effeuilleuse en 2005, le revenu annuel sans invalidité s'élevait à 39'939 fr. 40. Le revenu annuel d'invalidité s'élevait quant à lui à 31'020 fr. 80, compte tenu du salaire de référence auquel pouvaient prétendre les femmes dans une activité simple et répétitive dans le secteur privé en 2005, d'un taux d'activité hypothétique de 70% et d'un taux d'abattement de 10% en raison de ses limitations fonctionnelles et de son âge. En définitive, il retenait un taux d'invalidité de 22,33% en tant qu'active à 70% qui, ajouté à l'empêchement de 15,6% en tant que ménagère à 30%, donnait un degré d'invalidité global de 20,31%, insuffisant pour ouvrir le droit à la rente.

Le 3 septembre 2013, l'assurée, désormais représentée par Me Olivier Carré, a contesté le projet de décision de l'OAI. Elle a estimé que le rapport du B. _____, lequel aurait tendance à rendre des avis favorables aux assureurs qui le mandatent, était insuffisant et qu'il conviendrait de demander un avis complémentaire. Elle s'est référée à la communication interne du 13 décembre 2012 de l'OAI, laquelle constate que le rapport du B. _____ ne donne aucune explication à l'appui de sa réponse négative à la question de savoir s'il existait une diminution de rendement, mais également au courrier du 20 décembre 2011 du Dr Y. _____ qui s'est étonné de la discrédance entre les constatations du Centre E. _____ et l'appréciation de l'OAI sur sa capacité résiduelle. L'assurée soutenait que les investigations pratiquées dans son dossier étaient incomplètes et que sa capacité de travail avait été surévaluée.

Par décision du 30 octobre 2013 dont la motivation figure dans un courrier séparé daté du même jour, l'OAI a confirmé son projet de décision du 1^{er} juillet 2013.

C. Par acte du 4 décembre 2013, V._____, par le biais de son mandataire, recourt contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à des prestations de l'assurance-invalidité et subsidiairement au renvoi de la cause pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. La recourante sollicite également l'octroi de l'assistance judiciaire. En substance, elle conteste la capacité de travail retenue par l'OAI. Elle fait valoir que l'expertise du B._____ n'est pas convaincante dans la mesure où elle est incomplète et que les expertises de ce centre font régulièrement polémique. Par ailleurs, le B._____, dont elle doute de l'impartialité, n'a pas été désigné conformément à la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral qui préconise une concertation des parties quant au choix des experts. Elle relève que l'OAI n'a pas tenu compte des doutes émis par ses propres collaborateurs en cours d'instruction s'agissant de sa situation médicale, qui ne peut que s'être péjorée depuis le dépôt de sa demande, et plus particulièrement sur la question de la diminution de son rendement, à laquelle les experts du B._____ n'avaient pas répondu à satisfaction. A l'appui de ce grief, elle se réfère à l'évaluation du Centre E._____ ainsi qu'au rapport du 20 décembre 2010 du Dr Y._____. Enfin, elle s'étonne que l'OAI retienne un taux d'abattement limité à 10% dans sa nouvelle décision alors que ce taux avait été critiqué par la Casso dans l'arrêt de renvoi du 9 février 2012.

Par prononcé du 5 décembre 2013 (AJ 146/13), le juge instructeur alors en charge de l'instruction du dossier a accordé à l'assurée le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 4 décembre 2013, soit l'exonération de l'avance de frais et l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Olivier Carré. La bénéficiaire a été astreinte au paiement d'une franchise mensuelle de 50 fr., dès et y compris le 20 janvier 2014.

Dans sa réponse du 20 janvier 2014, l'intimé conclut au rejet du recours. Il estime que l'expertise du B._____ a pleine valeur probante

et que le fait qu'un tel centre se voit régulièrement confier des mandats d'expertise ne permet pas de fonder un manque d'objectivité. S'agissant des nouveaux principes émis par la jurisprudence pour l'établissement d'une expertise, l'intimé a indiqué que le Tribunal fédéral avait estimé plus récemment encore qu'il était disproportionné de considérer que les expertises réalisées suivant les principes valables à une époque donnée perdaient leur valeur probante.

Par écriture du 13 février 2014, la recourante renonce à répliquer.

Le 27 février 2014, Me Carré a remis une liste détaillée de ses opérations.

Les parties ne se sont pas déterminées plus avant.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices de l'assurance-invalidité cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse et respecte les autres conditions de

recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment). Il convient donc d'entrer en matière.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

2. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 466 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b; ATF 112 V 356 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, la décision litigieuse du 30 octobre 2013 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

3. Il incombe à la Cour de céans d'examiner si l'intimé a rendu une décision conforme aux considérants de l'arrêt de renvoi rendu le 9 février 2010 dans la présente cause (AI 374/09-48/2010), soit concernant la question du rendement dans une activité adaptée, de la présence d'une pathologie psychiatrique et du taux d'abattement. Dès lors est litigieuse la question de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

4. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins; un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% à une demi-rente, un taux de 60% à un trois quarts de rente et un taux de 70% à une rente entière (art. 28 LAI).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_83/2013 du 9 juillet 2013

consid. 4.2, 9C_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1 et 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF 9C_58/2013 précité consid. 3.1, I 312/2006 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

c) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, ceci en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; TF 9C_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1, 9C_1001/2012 du 29 mai 2013 consid. 2.2 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 de l'expert 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 et la référence citée; TF 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013 consid. 3.2, 9C_137/2013 précité consid. 3.1, 9C_66/2013 du 1^{er} juillet 2013 consid. 4, 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.1, 8C_658/2008 et 8C_662/2008 du 23 mars 2009 consid. 3.3.1).

Il n'existe pas de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance. Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne d'une assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3 et 4.6; TF 9C_737/2012 du 19 mars 2013 consid. 2.3). Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b; TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 4 et 9C_649/2008 du 31 août 2009 consid. 2; TFA I 554/2001 du 19 avril 2002 consid. 2a).

5. S'agissant de l'aspect médical, la recourante remet en cause la valeur probante du rapport d'expertise bidisciplinaire du B._____.

a) Dans un premier moyen, la recourante soutient que la désignation du B._____ n'est pas conforme aux normes actuelles en matière de désignation des experts.

S'il est exact que dans un arrêt du 28 juin 2011, le Tribunal fédéral a instauré de nouveaux principes visant à consolider le caractère équitable des procédures administratives et de recours judiciaires en matière d'assurance-invalidité par le renforcement des droits de participation de l'assuré à l'établissement d'une expertise (droit de se prononcer sur le choix de l'expert, de connaître les questions qui lui seront posées et d'en formuler d'autres; ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9) et qu'une nouvelle jurisprudence s'applique d'une manière générale à toutes les procédures pendantes ou futures (ATF 133 V 96 consid. 4.4.6), la Haute Cour a toutefois estimé plus récemment encore qu'il était disproportionné de considérer que des expertises réalisées suivant les principes valables à une époque donnaient perdant leur valeur probante,

nonobstant la pertinence des arguments développés, au seul motif qu'elles ne remplissaient pas des critères immédiatement applicables, mais fixés postérieurement à leur réalisation (TF 9C_933/2012 du 16 avril 2013 consid. 3.2 et 9C_776/2010 du 20 décembre 2011 consid. 3.3).

Tel est le cas en l'espèce. La recourante a été convoquée le 19 juillet 2010 au B._____ pour une expertise bidisciplinaire qui a été réalisée les 22 et 23 septembre 2010, soit à une époque antérieure à la parution de l'ATF 137 V 210 précité. Par ailleurs, elle se limite à relever que la désignation du B._____ n'est pas conforme à la nouvelle jurisprudence dès lors qu'elle n'a pas pu se prononcer sur le choix de l'expert, sans toutefois indiquer les conséquences négatives que la violation de ce droit aurait concrètement entraînées. Elle n'argumente pas davantage lorsqu'elle se plaint du changement de l'expert rhumatologue, premièrement désigné, sans avoir été consultée. Dans cette mesure, il serait disproportionné de considérer que l'expertise du B._____ n'a pas de valeur probante au seul motif que sa mise en oeuvre ne correspond pas aux nouvelles exigences jurisprudentielles.

La recourante émet en outre des réserves sur la partialité du B._____ à l'égard de l'OAI arguant que les assureurs privés ou sociaux s'acharnent à désigner ce centre alors que leurs expertises feraient régulièrement polémique. Or, il s'agit-là d'une affirmation d'ordre général. Elle ne démontre aucunement que l'appréciation du 26 novembre 2010 du B._____ manquerait de neutralité ou d'objectivité. Selon la jurisprudence, un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (ATF 132 V 93 consid. 7.1 et l'arrêt cité; TF

9C_519/2011 du 5 avril 2012 consid. 3.1). A cet égard, il sied de rappeler que le fait qu'un médecin ou un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) se voit confier régulièrement des mandats d'expertise par un assureur social n'est pas un motif suffisant pour fonder un manque d'objectivité (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3). En outre, la jurisprudence a également admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) étaient garanties (ATF 123 V 175). En l'espèce, il convient d'écarter les griefs soulevés par la recourante, dès lors qu'elle ne fait état d'aucun élément objectif susceptible de remettre en cause la partialité du B._____.

b) Dans un deuxième moyen, la recourante allègue que le rapport du B._____ n'est pas convaincant, faisant notamment référence à l'avis du Dr Y._____ du 20 décembre 2011, ainsi que du rapport d'évaluation du Centre E._____. Certes, une diminution de rendement a été constatée par le Centre E._____ lors de son évaluation du 25 août au 24 novembre 2008, lequel aurait estimé que la baisse de rendement effective était de 10 à 20% sur un taux de présence à 75% en raison de ses limitations physiques et sa fragilité psychique.

Toutefois, la question du rendement a été examinée par les experts du B._____. Ils ont tenu compte de l'appréciation du Centre E._____, de même que des rapports de la Dresse T._____ ainsi que du rapport du 17 décembre 2008 du Dr Y._____, lesquels font référence à un état anxio-dépressif. Les experts sont néanmoins arrivés à la conclusion que la recourante ne présente aucune diminution de rendement et ont exposé les raisons amenant à cette conclusion. En effet, sur le plan rhumatologique, ils ont constaté des signes de limitation de la mobilité active et passive de l'épaule gauche avec une rotation externe et une abduction diminuées à gauche, compatibles avec une capsulite rétractile. Ils relevaient également des signes de périarthrite de hanche droite ainsi qu'un discret tunnel carpien; ces deux éléments n'ayant aucune influence sur la capacité de travail. En conséquence, ils retenaient des limitations fonctionnelles en raison de la capsulite rétractile, qui, dans

une activité adaptée, n'étaient pas susceptible d'entraîner une baisse de rendement. Sur le plan psychique, malgré les douleurs dont s'est plaint la recourante, les experts n'ont observé aucun comportement particulièrement algique ni de rétrécissement marqué du champ de la pensée sur les douleurs. Ils ont également constaté que son orientation dans les trois modes était normale et qu'elle ne souffrait d'aucun trouble cognitif manifeste (attention, concentration, mémoire). Ils ne relevaient ni de trouble du cours de la pensée, ni de réduction de son dynamisme, ni de perte de l'élan vital. Au contraire, le fait qu'elle gère par ses propres moyens les tensions qui sont réapparues suite à l'arrêt de l'antidépresseur démontre qu'elle dispose de bonnes ressources personnelles. Il ressort par ailleurs de l'examen psychique que la recourante ne comprenait pas pourquoi elle était vue par un psychiatre dès lors qu'elle ne pensait pas souffrir de troubles. Elle considérait qu'elle était en arrêt de travail en raison des problèmes au niveau de son membre supérieur gauche avec une perte de force et des douleurs. Ainsi, au terme de l'évaluation de l'ensemble des éléments au dossier et des examens pratiqués, les experts n'ont retrouvé aucun élément en faveur d'un retard mental ni d'une fragilité psychique. Ils ont par ailleurs exposé que s'il était probable qu'elle ait présenté un trouble de l'adaptation avec une réaction mixte et dépressive précédemment, l'anamnèse ne permettait pas de retrouver des éléments en faveur d'un épisode dépressif invalidant. C'est au vu de l'ensemble de ces constatations que les experts ont conclu, sur le plan psychique, à l'absence de limitation fonctionnelle et de diminution de rendement, comme le retient à juste titre le Dr N._____ dans son avis médical du SMR du 21 juin 2013.

Cela étant, les remarques du Dr Y._____ dans son rapport du 20 décembre 2011 ne sont d'aucune pertinence dès lors qu'il se limite à critiquer les conclusions des experts du B._____ sans apporter d'éléments médicaux probants permettant de les mettre en doute. Les remarques du Dr Y._____ doivent ainsi être écartées, d'autant plus que les constatations du médecin traitant, ayant tendance à se prononcer en faveur de son patient étant donné sa position de confident, doivent être admises avec réserve (cf. consid. 4c supra).

A cela s'ajoute que dans son rapport d'évaluation, le Centre E._____ a relevé que les grands problèmes de communication, le manque d'intérêt ainsi que ses limitations physiques pénalisaient fortement le déroulement du stage, ajoutant qu'il sentait l'assurée contrainte de faire le stage et s'y pliant avec passivité sans bien comprendre les buts de la démarche. En tout état de cause, le rôle d'un centre d'observation professionnelle n'est pas de se prononcer sur l'état de santé de la personne concernée et sur les répercussions d'une éventuelle atteinte à la santé sur l'aptitude au travail (TF 9C_631/2007 du 4 juillet 2008 consid. 4.1). Les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage. Il appartient en effet aux médecins de se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré, ses limitations fonctionnelles et le type d'activités encore exigibles (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références) dans la mesure où leur connaissance spécifique de la médecine leur permet de dépasser le stade de la simple observation in situ qui comprend trop de facteurs incontrôlables (TFA I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2) pour emporter à elle seule la conviction dans une situation médicale controversée (TF 9C_34/2008 du 7 octobre 2008 consid. 3). Le juge ne peut ainsi pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir, ceci pour éviter qu'il soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2). Par conséquent, la Cour de céans ne saurait fonder son jugement sur le travail que le recourant s'estime capable de fournir, mais bien sur celui qui est objectivement compatible avec son état de santé, tel qu'il ressort des rapports médicaux ayant valeur probante. En d'autres termes, la simple observation dans le cadre d'un stage d'évaluation ne saurait se substituer à l'absence d'éléments médicaux allant dans le sens de la reconnaissance d'un droit à une rente entière d'invalidité. La recourante ne peut simplement affirmer de manière péremptoire que son état de santé s'est aggravé depuis le stage au Centre E._____, respectivement depuis

l'expertise du B._____ en 2010 sans faire état d'éléments médicaux probants. En effet, les autres pathologies dont elle fait état (vertiges, troubles de l'équilibre, douleurs articulaires, par exemple), ne sauraient être considérées comme invalidantes à défaut de rapports médicaux dans ce sens.

En définitive, force est de constater qu'il n'existe aucune appréciation médicale motivée et aucun élément susceptible d'écarter les conclusions du B._____, si bien qu'il convient de retenir que dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie physique - à savoir éviter les mouvements utilisant l'épaule gauche et le port de charges avec le membre supérieur gauche - la capacité de travail est de 100% dès 2004, soit depuis son incapacité totale de travail dans son activité habituelle de femme de ménage.

c) Au vu des éléments qui précèdent, il y a lieu de reconnaître une pleine valeur probante à l'expertise du 26 novembre 2010 du B._____. En effet, elle a été réalisée sur la base du dossier médical complet, y compris les documents radiologiques de la recourante, et d'examen adéquats. Elle tient compte des plaintes de celle-ci ainsi que de l'anamnèse, qui ont été soigneusement consignées dans le corps du texte. S'agissant des points litigieux, les constatations permettant d'exclure tant une baisse de rendement sur le plan physique et psychique que des limitations fonctionnelles sur le plan psychique ont été exposées de manière détaillée. De plus, les conclusions sont sans équivoque s'agissant de la capacité de travail qui reste entière dans une activité adaptée. Le rapport d'expertise du B._____ remplit ainsi tous les réquisits de la jurisprudence.

6. Il sied de rappeler que la Cour de céans, dans l'arrêt précité, a clairement considéré que la part ménagère était de 30% et la part active de 70% compte tenu de l'activité de femme de ménage et viticole de l'assurée. S'agissant de la détermination du taux d'invalidité selon la méthode mixte, la recourante se limite à critiquer le taux d'abattement

retenu par l'intimé, soit 10% comme dans sa première décision du 19 juin 2009.

a) L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations, de même que lors d'une révision de celui-ci: méthode générale de la comparaison des revenus pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.4), méthode spécifique pour un assuré sans activité lucrative (art. 28a al. 2 LAI; ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et méthode mixte pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (art. 28a al. 3 LAI; ATF 137 V 334; 130 V 393; 125 V 146).

Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a et les références citées) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 et les références citées; ATF 128 V 29).

Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA et 27 RAI [règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201]). Par travaux habituels, il faut

notamment entendre l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (art. 27 RAI; ATF 137 V 334 consid. 3.1.2).

Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI; ATF 137 V 334 consid. 3.1.3; 131 V 51 consid. 5.1.2). L'invalidité totale de la personne résultera de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines (ATF 133 V 504).

Selon la jurisprudence, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidité peut être évalué notamment sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb; TF 9C_93/2008 du 19 janvier 2009 consid. 6.3.3).

b) En l'espèce, la recourante ne conteste pas le revenu sans invalidité retenu par l'intimé dans sa décision litigieuse. A cet égard, la Cour de céans constate que l'intimé a tenu compte des remarques figurant dans l'arrêt de renvoi rendu le 9 février 2010 dans la présente cause s'agissant du calcul de ce revenu, dès lors qu'il a pris en compte, en

sus du salaire perçu en tant que femme de ménage, le gain que réalisait la recourante dans son activité d'effeuilleuse de vignes. Il y a donc lieu de retenir que le revenu sans invalidité de la recourante s'élevait à 39'939 fr. 40.

S'agissant du revenu d'invalidé, l'intimé s'est fondé sur le salaire de référence auquel peuvent prétendre les femmes dans une activité simple et répétitive dans le secteur privé en 2005, ce qui n'apparaît pas critiquable. Du reste, la recourante ne le conteste pas. Ainsi, il convient de retenir que le salaire annuel hypothétique dans une activité légère de substitution exercée à 70% en 2005 s'élève à 34'467 fr. 55. Par ailleurs, dès lors qu'aucune diminution de rendement n'a été établie par l'expertise du B._____, dont la valeur probante a été constatée ci-avant (cf. consid. 5c supra), il n'y a pas lieu de réduire le salaire hypothétique en conséquence.

c) Lorsque le revenu d'invalidé est fixé sur la base de données statistiques, il y a lieu de procéder à une réduction du salaire ainsi obtenu, afin de tenir compte des circonstances concrètes dans lesquelles se trouvent les personnes invalides et qui ne leur permettent pas de toucher le salaire découlant de ces données (ATF 126 V 75). La réduction n'est pas automatique, mais doit intervenir seulement lorsqu'il existe, dans le cas d'espèce, des motifs qui indiquent que l'assuré ne peut pas réaliser, dans le cadre de sa capacité de travail résiduelle, le salaire découlant des données statistiques (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa). A cet égard, il y a lieu de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles dans lesquelles se trouvent la personne invalide, telles que les limitations liées au handicap, l'âge, les années de services, la nationalité, ou la catégorie d'autorisation de séjour et le taux d'activité (ATF 126 V 75 consid. 5a/cc). La mesure dans laquelle les salaires ressortissant des statistiques doivent être réduits résulte d'une évaluation globale sous l'angle de l'ensemble de ces critères, dans les limites du pouvoir d'appréciation de l'administration et du juge; il ne se justifie pas de quantifier séparément chacun des critères selon les circonstances d'espèce (ATF 137 V 71 consid. 5.2 et 126 V 75 consid. 5b/bb). Le pouvoir d'examen du juge cantonal des assurances

sociales s'étend à l'opportunité de la décision administrative et n'est pas limité à la violation du droit, y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation (ATF 137 V 71 consid. 5.2). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité a adoptée, dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid. 5.2). Enfin, il y a lieu de rappeler que de jurisprudence constante, la déduction globale maximale est limitée à 25% (cf. notamment TF 9C_652/2014 du 20 janvier 2015 consid. 3.1).

Certes, dans son arrêt de renvoi du 9 février 2010, la Casso a considéré, entre autres éléments, que le taux d'abattement de 10% retenu par l'OAI dans sa première décision du 19 juin 2009 paraissait insuffisant, à tout le moins insuffisamment motivé. Or, dans la décision litigieuse du 30 octobre 2013, l'intimé a à nouveau estimé qu'un taux d'abattement de 10% était justifié en raison de ses limitations fonctionnelles et de son âge. S'agissant de l'éventuelle prise en compte d'autres circonstances personnelles (en l'espèce : scolarité de base inachevée, absence de formation particulière, absence de maîtrise du français), il y lieu de noter que les difficultés linguistiques, le manque de formation professionnelle ou la capacité d'apprentissage réduite ne peuvent être considérés comme des critères déterminants (TF 9C_297/2011 du 31 janvier 2012 consid. 4.1.5, 9C_713/2009 du 22 juillet 2010 consid. 4.3 et 9C_377/2009 du 20 janvier 2010 consid. 4.5) au regard de la nature des activités encore exigibles (selon l'ESS, niveau de qualification 4 : activités simples et répétitives). En outre, l'intéressée dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, de sorte qu'elle ne subirait sous cet angle aucun préjudice salarial en cas de retour sur le marché du travail. Dans ces circonstances, on ne voit aucune raison de s'écarter du taux d'abattement de 10% retenu par l'intimé.

Pour le surplus, même si l'on appliquait un taux d'abattement supérieur, allant même jusqu'à 25% (soit le taux maximum admis par la jurisprudence, cf. ATF 126 V 75 consid. 5b/aa), ce qui amènerait probablement à un degré d'invalidité total de 29,4%, le droit à la rente ne serait pas ouvert non plus.

7. Des considérants qui précèdent, il résulte que l'OAI n'a pas violé le droit fédéral en rejetant la demande de prestations formée par la recourante et les griefs formulés par cette dernière doivent être écartés. Le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

8. En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, fixés en fonction de la charge liée à la procédure (art. 69 al. 1bis LAI). Ils sont mis à la charge de la partie qui succombe (art. 49 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 francs.

La recourante a toutefois été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires, ainsi qu'une indemnité équitable au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, seront supportés par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement.

S'agissant du montant de l'indemnité - laquelle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en

considération de l'importance de la cause, de ses difficultés et de l'ampleur du travail consacré par le conseil juridique commis d'office (art. 2 RAJ [règlement cantonal vaudois du 2 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile; RSV 211.02.3]) – le conseil d'office a produit une liste de ses opérations le 27 février 2014, dont il ressort qu'il a consacré au total 3,2 heures à la défense des intérêts de la recourante, auquel s'ajoutent des débours par 30 francs. C'est ainsi un montant de 654 fr. 50 (3,2 heures au tarif horaire de 180 fr., avec 30 fr. de débours et la TVA à 8%) qui doit être reconnu à titre d'honoraires pour les opérations effectuées.

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 30 octobre 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.

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

- V.** L'indemnité d'office de Me Olivier Carré, conseil de la recourante, est arrêtée à 654 fr. 50 (six cent cinquante-quatre francs et cinquante centimes), TVA comprise.

- VI.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'état.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Olivier Carré, avocat à Lausanne (pour V. _____, à [...]),
- 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).

La greffière :