

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 septembre 2016

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente

Mmes Thalmann et Pasche, juges

Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

N. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 6 et 16 LPGA.

E n f a i t :

A. N._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...] 1955, titulaire d'un CFC de vendeuse en bijouterie, a été engagée par la société B._____ SA dès le 1^{er} octobre 2005 en qualité d'employée de réfectoire à 60 %. A ce titre, elle était assurée auprès de J._____ SA (ci-après : J._____ SA) contre les accidents professionnels et non professionnels.

Le 28 novembre 2006, l'assurée s'est coupée l'annulaire gauche avec une boîte de conserve en faisant la cuisine sur son lieu de travail, ce qui a nécessité une suture du tendon extenseur du doigt. Une déclaration de sinistre LAA a été établie le jour même par son employeur. Suite à cet accident, l'assurée s'est trouvée en totale incapacité de travail jusqu'au 15 janvier 2007. La reprise du travail a été pénible, en raison de la persistance de douleurs et d'une limitation fonctionnelle des deux derniers doigts de la main gauche. L'évolution a ensuite été défavorable, du fait d'une irradiation proximale des douleurs vers l'épaule gauche dès le mois de février 2007.

Le 19 juin 2007, l'assurée a été opérée par la Dresse K._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, ainsi qu'en chirurgie de la main, qui a pratiqué une ténolyse localisée, du fait d'un déficit de flexion de l'IPD (articulation interphalangienne distale) à 30° et de l'IPP (articulation interphalangienne proximale) à 60°. Suite à cette opération, l'assurée s'est retrouvée en totale incapacité de travail. J._____ SA lui a versé des indemnités journalières au titre de l'assurance-accidents.

L'assurée a été licenciée par son employeur au 30 novembre 2007.

Les douleurs et les limitations fonctionnelles des deux derniers doigts de la main gauche et les douleurs à l'épaule gauche s'aggravant,

l'assurée a fait l'objet, le 13 septembre 2007, d'une expertise médicale par le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ainsi qu'en chirurgie de la main, mandaté par J.____ SA. Dans son rapport du 2 octobre 2007, ce médecin a diagnostiqué un syndrome épaule-main post-traumatique du membre supérieur gauche, avec probable algoneurodystrophie de Sudeck, ainsi qu'un status après section de la bandelette latérale cubitale à mi-P2 D4 gauche le 28 novembre 2006, suturée en urgence, puis ténolysée le 19 juin 2007. Dans le status, l'expert a notamment retenu que la mobilité des deux épaules était complète et symétrique, avec cependant à gauche de fortes douleurs en regard de l'espace sous-acromial antérieur en fin de mouvement, dans tous les plans ; il ne se trouvait pas d'évidence nette de conflit sous-acromial, mais il existait une contracture douloureuse du trapèze et du sterno-cléïdo-mastoïdien à gauche. L'expert n'a mis en évidence aucun état pathologique préexistant au niveau de la main gauche. Il a conclu que le syndrome douloureux épaule-main du membre supérieur gauche était en lien de causalité naturelle hautement vraisemblable avec l'accident du 28 novembre 2006. L'évolution n'était toutefois pas encore stabilisée, et il n'était pas certain que le statu quo sine puisse un jour être retrouvé, notamment au niveau de la fonction du quatrième doigt de la main gauche. Par ailleurs, le Dr S._____ a considéré que, si l'assurée était encore totalement incapable de reprendre une activité d'employée polyvalente dans un réfectoire ou une cuisine, elle était par contre entièrement apte à reprendre un travail de vendeuse en bijouterie, pour autant qu'elle n'eût pas de manipulations lourdes à effectuer avec la main gauche.

L'assurée s'étant opposée à une décision du 15 janvier 2008 de J._____ SA fixant la fin du versement des indemnités journalières au 15 avril 2008, un complément d'expertise a été effectué par le Dr S._____ le 9 mai 2008. Ce dernier, dans son rapport du 2 juin 2008, a retenu que l'état de l'assurée était désormais stabilisé et qu'à une année et demie de l'accident, on pouvait considérer que l'évolution serait stationnaire et les séquelles actuelles définitives. Il a indiqué que la capacité de travail de l'assurée restait limitée par la fonction résiduelle du

membre supérieur gauche, notamment dans toutes les activités de force ou répétitives de la main gauche ou en élévation du membre supérieur gauche. Par contre, toutes les activités légères, y compris bimanuelles, sur un plan de travail rabaissé, restaient exigibles. Le Dr S. _____ a noté que, comme vendeuse, la capacité de travail était très dépendante du poste de travail. En effet, selon lui, l'activité de vendeuse, même en bijouterie, nécessitait apparemment des manutentions bimanuelles parfois lourdes et des efforts répétitifs du membre supérieur gauche qui limiteraient fortement le rendement de l'assurée. Il a toutefois relevé que dans une activité de petites pièces sur un plan de travail rabaissé, comme par exemple celle d'ouvrière dans une usine de tri de petites pièces voire dans le conditionnement d'aliments, l'assurée pourrait vraisemblablement travailler à 100 %.

Par décision sur opposition du 12 mai 2009, J. _____ SA a rejeté l'opposition de l'assurée et a confirmé la fin du versement des indemnités journalières au 15 avril 2008. L'assureur-accidents a notamment retenu que, au vu des conclusions du Dr S. _____, l'assurée était apte à travailler à 100 % en qualité de vendeuse en bijouterie, ce qui correspondait à sa formation, pour autant qu'elle n'ait pas de manipulations lourdes à faire avec la main gauche, ainsi que dans toute activité de petites pièces sur un plan de travail rabaissé, telle qu'ouvrière en usine de tri de petites pièces ou de conditionnement d'aliments.

Par arrêt du 22 août 2011, la Cour de céans a rejeté le recours de l'assurée et a confirmé la décision sur opposition précitée (CASSO AA 77/09 - 96/2011).

B. L'assurée a déposé le 19 décembre 2013 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) tendant notamment à l'octroi d'une rente et à des mesures d'ordre professionnel. A l'appui de cette demande, elle a invoqué des atteintes aux doigts, à la main et à l'épaule gauches suite à son accident du 28 novembre 2006, de l'arthrose aux mains, ainsi que des atteintes aux jambes, genoux et hanches.

Sur requête de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), la Dresse K. _____ a fait part de ses observations dans un rapport du 14 février 2014. Elle a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'arthrose métacarpienne gauche et droite, au titre de la maladie. Elle a également posé le diagnostic avec impact sur ladite capacité de section du tendon extenseur de l'annulaire gauche avec algodystrophie post-traumatique, de syndrome épaule-main et d'enraidissement fonctionnel de l'épaule gauche, relevant d'un accident. Elle a indiqué que l'assurée pouvait exercer une activité adaptée, sans toutefois en préciser le taux, dans la mesure où il s'agissait d'un travail léger, ne demandant pas une position assise ou debout de trop longue durée. Elle a considéré qu'une reprise de l'activité professionnelle pouvait se justifier, si elle répondait à ces critères.

Le 26 mars 2014, l'assurée a notamment fait parvenir son curriculum vitae à l'OAI. Il y était indiqué qu'elle avait travaillé dans différentes bijouteries dès l'obtention de son CFC, puis s'était occupée de sa famille. Elle avait ensuite repris une activité dans une bijouterie, puis dans un magasin de chaussures, avant d'être engagée au V. _____.

A la suite de son entretien du 26 mars 2014 avec l'assurée, un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a indiqué dans une communication interne datée du même jour, que l'intéressée avait refusé de donner suite à une proposition concrète de mesures de réadaptation d'ordre professionnel. Elle lui avait en effet expliqué qu'elle ne pouvait plus travailler et qu'elle avait déposé une demande en vue d'obtenir des prestations financières de l'assurance-invalidité.

Par courrier du 27 mars 2014, l'assurée a été informée qu'au vu de son refus, aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible.

Aux termes d'un rapport daté du 10 mai 2014 adressé à l'OAI, le médecin-traitant de l'assurée, le Dr Z. _____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics suivants :

« Diagnostics avec effet sur la capacité de travail :

1) Douleurs chroniques d'origine arthrosique aux épaules, hanches, genoux, talons, pouces (rhizarthrose bilatérale), nuque depuis 2007.

Diagnostics sans effet sur la capacité de travail :

2) Vertige paroxystique positionnel bénin et céphalée récidivante post TCC simple sans perte de connaissance le 15.08.2013.

3) Limitation fonctionnelle et flexum de l'IPP de l'annulaire G [réd. : gauche] postsuture d'une lésion partielle par coupure du tendon de l'extenseur en novembre 2006. Légère limitation fonctionnelle de l'IPP de l'auriculaire G. Sudeck posttraumatique des doigts 4 et 5 G en 2007.

4) Tendinopathie chronique (sousscapulaire et susépineux) avec douleur et légère limitation fonctionnelle de l'épaule G depuis juin 2007. »

Ce médecin a indiqué, au titre des restrictions, que l'assurée ne pouvait ni exercer des travaux pénibles, ni de la manutention de charges dépassant 10 kg, ni demeurer en station debout ou marcher de manière prolongée, ni effectuer des mouvements répétitifs du dos. Il a retenu qu'aucune activité adaptée n'était possible. En ce qui concerne les travaux qui pourraient encore être exigés de l'assurée, il a estimé un taux de performance inférieur à 30 % dans des activités uniquement en position assise ou alternant différentes positions, avec un soulèvement occasionnel de poids limité à 5-6 kg, ainsi qu'une montée occasionnelle des escaliers. Au rapport du Dr Z. _____ étaient annexés divers documents, dont les pièces suivantes :

- un rapport du 17 décembre 2007 du Dr R. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur à la Clinique G. _____, constatant une épaule gelée à gauche ;
- un rapport du 3 novembre 2009 de la Dresse E. _____, spécialiste en radiologie, relatif à des radiographies des genoux et du bassin, qui faisait notamment état d'une gonarthrose tricompartmentale légère à modérée, d'une légère arthrose lombo-sacrée, ainsi que d'un début de coxarthrose droite avec début d'ostéophytose de la tête fémorale ;

- un rapport du 3 avril 2012 du Dr L._____, spécialiste en radiologie, consécutif à une échographie et des radiographies, concluant à des troubles dégénératifs cervicaux centrés sur C5 - C6, un thorax dans les limites de la norme, ainsi que de légères altérations dégénératives des genoux, avec une ébauche de gonarthrose interne à droite et encore plus débutante à gauche ;
- un rapport du 19 novembre 2013 du Dr M._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, observant un examen otoneurologique normal ;
- un rapport du 24 avril 2014 du Dr C._____, spécialiste en radiologie, à la suite de radiographies, notamment des pieds et du bassin, duquel il ressortait notamment une présence d'éperons calcanéens bilatéraux. Ce médecin a en outre indiqué que l'assurée ne présentait pas de lésion significative des hanches.

Sur mandat de l'OAI, une enquête économique sur le ménage a été réalisée le 19 janvier 2015. Le rapport y relatif, daté du 22 janvier 2015, indiquait que l'assurée avait clairement mentionné que si elle avait été en bonne santé, elle aurait continué à travailler au taux de 60 à 70 % au réfectoire du V._____, ses revenus étant suffisants pour vivre, tout en disposant de temps pour s'occuper de son fils qui vivait avec elle en raison de problèmes de santé ayant justifié l'octroi d'une rente AI complète. Le rapport retenait donc un statut de 60 % - 70 % active et 30 % - 40 % ménagère. Quant aux empêchements ménagers, ils étaient évalués à 26 %.

Dans son rapport du 15 juillet 2015, le Dr H._____, spécialiste en médecine interne générale, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a retenu que l'atteinte principale à la santé consistait en de l'arthrose métacarpienne gauche et droite, ainsi que d'un status après section du tendon de l'annulaire gauche. Au titre des pathologies associées du ressort de l'AI, il a signalé une gonarthrose et un enraidissement de l'épaule gauche. Ce médecin a considéré que l'assurée

présentait une incapacité de travail dans son activité habituelle depuis l'accident du 28 novembre 2006. Il a indiqué que l'OAI devait prendre en compte les empêchements secondaires à l'accident de 2006 qui affectaient le membre supérieur gauche et ceux secondaires aux troubles ostéoarticulaires dégénératifs qui affectaient également l'assurée. Il a retenu une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, depuis fin 2007. Il a exposé les limitations fonctionnelles suivantes :

« Activité légère, au besoin sur un plan de travail rabaissé, sédentaire principalement en position assise, sans port de charges de plus de 5 kg à droite, sans déplacement en terrain irrégulier, sans travail en hauteur ou sur échelle, sans geste de préhension ou de serrage de la main gauche, sans élévation des mains dessus du plan des épaules, sans conduite de véhicule, sans usage de machine vibrante, activité en milieu tempéré, à heures fixes et réparties sur 5 jours ouvrables. »

Dans son rapport final du 31 juillet 2015, une spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a fait état du revenu sans invalidité de l'assurée de 25'603 fr. avec un taux d'activité de 60 %. Ce salaire résultait des chiffres indiqués dans la déclaration de sinistre LAA, indexés à 2007. Se fondant sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires et tenant compte d'un abattement de 15 % en raison de l'âge et des limitations fonctionnelles de l'assurée, cette spécialiste a calculé un revenu exigible après invalidité de 26'037 fr. 19 à 60 %. En comparant ces chiffres, elle a conclu que le taux d'invalidité était de 0 %. Elle a ajouté qu'une aide au placement ne lui semblait pas indiquée, l'assurée se sentant incapable de travailler.

Aux termes d'un projet de décision daté du même jour, l'OAI s'est prononcé dans le sens d'un refus de prestations. Il a constaté que depuis le 28 novembre 2008, la capacité de travail et de gain de l'assurée était considérablement restreinte. Il a indiqué que si l'assurée n'avait pas de problèmes de santé, elle continuerait à exercer son activité de dame de cafétéria à 60 % et pourrait obtenir à l'heure actuelle, compte tenu de l'évolution des salaires, un revenu annuel de 25'603 francs. L'OAI a retenu que du point de vue médical, il pouvait raisonnablement être attendu de l'assurée l'exercice d'une activité légère sédentaire principalement en position assise, sans port de charges de plus de 5 kg à droite, sans

déplacement en terrain irrégulier, sans travail en hauteur ou sur échelle, sans geste de préhension ou de serrage de la main gauche, sans élévation des mains dessus du plan des épaules, sans conduite de véhicule, sans usage de machines vibrantes, en milieu tempéré, à heures fixes et réparties sur 5 jours ouvrables. Il a cité comme exemple une activité industrielle légère, dans le conditionnement léger ou à l'établi qui permettrait à l'assurée de gagner 26'037 fr. 19 par an. Constatant dès lors que l'assurée ne subissait pas de perte de gain, l'OAI a fixé, pour la part active, un degré d'invalidité de 0 %. Concernant les tâches ménagères, que l'assurée aurait continué à effectuer à raison de 40 % de son temps, l'OAI a retenu un empêchement de 26 %. En pondérant ce taux en fonction de la part de 40 % attribuée aux activités ménagères, l'OAI a fixé un degré d'invalidité de 10,4 %. En conclusions, il a indiqué qu'un degré d'invalidité inférieur à 40 % ne donnait pas droit à une rente d'invalidité. Il a également constaté que, faute d'un préjudice économique, le droit à une mesure d'ordre professionnel sous forme de reclassement n'était pas ouvert.

Dans un courrier du 19 septembre 2015 adressé à l'OAI, le Dr Z. _____ a indiqué que l'assurée souffrait de douleurs quotidiennes. Il a précisé que son arthrose aux genoux, poignets, épaules, hanches, chevilles, talons, ainsi que ses limitations fonctionnelles aux doigts 4 et 5 gauches s'étaient encore aggravées depuis 2014. Il a ajouté que l'intéressée devait s'aider d'une canne pour se déplacer et avait beaucoup de peine à accomplir ses tâches ménagères. Il a conclu que sa capacité de travail, même pour un travail léger, était de 0 % et que le projet de refus de rente d'invalidité devait dès lors être réexaminé.

Par lettre du 28 septembre 2015, l'OAI a demandé à l'assurée si le courrier susmentionné devait être considéré comme une contestation de son projet.

Le 5 octobre 2015, répondant par l'affirmative, l'intéressée lui a renvoyé ledit courrier, daté et signé par ses soins.

Par décision du 2 novembre 2015, l'OAI a confirmé son projet du 31 juillet 2015.

C. Par acte du 2 décembre 2015, N._____ a interjeté recours contre la décision précitée. Elle conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité entière pour les quelques années qui la séparent de l'âge de la retraite. Elle fait valoir que sa capacité de travail est nulle, même dans une activité légère, comme l'a attesté son médecin-traitant. Elle ajoute qu'elle ne voit pas comment, à l'âge de 60 ans, elle pourrait trouver une activité adaptée à toutes ses limitations fonctionnelles qui lui rapporterait un revenu de 26'037 fr. 20 par an. En outre, expliquant toucher le revenu d'insertion depuis plusieurs années, elle demande à être dispensée de toute avance de frais.

Par décision du 3 décembre 2015, la juge instructrice a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire, sous forme de l'exonération des avances et frais de justice, ainsi que du paiement de toute franchise mensuelle.

Dans sa réponse du 13 janvier 2016, l'intimé conclut au rejet du recours. Il confirme la décision attaquée et renvoie aux pièces du « dossier accident », en particulier à l'arrêt précité rendu par la Cour de céans, à l'analyse de la situation médicale effectuée le 15 juillet 2015 par le SMR, ainsi qu'au rapport final de la spécialiste en réinsertion professionnelle du 31 juillet 2015.

Par réplique du 3 février 2016, la recourante confirme sa position. Elle allègue que l'OAI n'a toujours pas examiné l'application, dans son cas, de la jurisprudence du Tribunal fédéral relative aux assurés proches de l'âge de la retraite. Elle ajoute que l'intimé ne lui a jamais proposé la moindre aide au placement pour l'aider à trouver le travail que l'OAI estime qu'elle pourrait obtenir.

Dupliquant le 24 février 2016, l'intimé maintient ses conclusions. Il soutient qu'au moment où la capacité de travail de la

recourante a été évaluée médicalement, soit au plus tard début 2014, celle-ci n'avait pas encore atteint un âge « avancé » au sens de la jurisprudence susmentionnée. En ce qui concerne une éventuelle aide au placement, l'intimé relève qu'une telle mesure n'a aucune chance d'aboutir lorsque, comme c'est le cas en l'espèce, la personne assurée conteste la capacité de travail retenue.

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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA ; art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'occurrence, le recours a été interjeté en temps utile et satisfait en outre aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il y a lieu 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 et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le

recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, est litigieux le point de savoir si l'intimé était fondé, par sa décision du 2 novembre 2015, à refuser l'octroi d'une rente d'invalidité à la recourante.

3. 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 % donne droit à un quart de rente (art. 28 al. 2 LAI).

b) Chez les assurés n'exerçant que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA). 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 [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] ; également ATF 137 V 334 et 131 V 51 consid. 5.1.2).

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin 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. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 de l'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 dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). 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 ; Pratique VSI 2001 p. 106, consid. 3b/cc).

En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et réf. cit. ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

4. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6).

b) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et les références citées).

5. En l'occurrence, il est admis que la recourante n'est plus en mesure d'exercer son activité antérieure d'employée de réfectoire. Se fondant notamment sur le rapport du 15 juillet 2015 rédigé par le Dr H. _____ du SMR, l'intimé retient néanmoins que la recourante conserve une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Quant à l'intéressée, se prévalant des rapports du 10 mai 2014 et du 19 septembre 2015 de son médecin traitant, le Dr Z. _____, elle fait valoir que sa capacité de travail est nulle, ceci même dans une activité ménageant les atteintes à la santé qu'elle présente.

Dans son rapport du 10 mai 2014, le Dr Z. _____ a en effet indiqué qu'aucune activité adaptée n'était possible. La Cour de céans relève toutefois que dans le même document, ce médecin a constaté que des activités uniquement en position assise ou alternant différentes positions, avec un soulèvement occasionnel de poids limité à 5 - 6 kg, ainsi qu'une montée occasionnelle des escaliers, pouvaient encore être exigées de l'assurée, cependant avec un rendement inférieur à 30 %. Ce faisant, et malgré sa première indication, ce médecin n'a donc pas totalement exclu toute activité adaptée.

La Dresse K. _____ a, quant à elle, relevé, dans son rapport du 14 février 2014, que l'intéressée pouvait exercer une activité adaptée

dans la mesure où il s'agissait d'un travail léger, ne demandant pas une position assise ou debout de trop longue durée.

Il ressort du complément d'expertise ayant trait à la main et à l'épaule gauches de l'assurée réalisé par le Dr S._____, que ce médecin a également constaté que la recourante était apte à effectuer une telle activité. En effet, il a indiqué, dans son rapport du 2 juin 2008, que toutes les activités légères étaient exigibles. Il a précisé que dans une activité de petites pièces sur un plan de travail rabaissé, comme par exemple celle d'ouvrière dans une usine de tri de petites pièces, voire dans le conditionnement d'aliments, l'assurée pourrait vraisemblablement travailler à 100 %. La valeur probante de ce rapport a déjà été reconnue par la Cour de céans (CASSO AA 77/09 - 96/2011 précité). Bien qu'il date de quelques années, cet avis médical reste d'actualité. En effet, le Dr S._____ y a mentionné que l'état de santé de la recourante était stabilisé et qu'à une année et demie de l'accident, on pouvait considérer que l'évolution sera stationnaire et les séquelles actuelles définitives.

Se fondant sur les rapports susmentionnés, le Dr H._____ du SMR, dans son rapport du 15 juillet 2015, a également considéré que l'assurée disposait d'une capacité de travail complète dans une activité ménageant ses atteintes à la santé. A l'instar de ce médecin, la Cour de céans considère que les troubles ostéoarticulaires dégénératifs tels que la gonarthrose, l'enraidissement de l'épaule et l'arthrose métacarpienne gauche et droite n'empêchent pas l'exercice d'une activité adaptée. Quant à l'établissement des limitations fonctionnelles dues au status après section du tendon de l'annulaire gauche, le Dr H._____ s'est fondé sur le rapport précité du Dr S._____, qui, comme déjà relevé, demeure actuel. Les constatations du Dr H._____, claires et convaincantes, ne prêtent ainsi pas flanc à la critique.

Le rapport du Dr Z._____ du 19 septembre 2015, invoqué par la recourante, n'y change rien. Ce document, rédigé par le médecin traitant de l'intéressée peu après que celle-ci a reçu le projet de décision de l'OAI lui refusant une rente d'invalidité, n'est pas assez complet et

motivé pour se voir reconnaître pleine valeur probante selon la jurisprudence. En effet, le Dr Z._____ n'explique pas les raisons pour lesquelles il estime que la capacité de travail de la recourante serait nulle dans une activité adaptée. En outre, les atteintes qu'il mentionne ont pour la plupart déjà été prises en compte par le Dr H._____ du SMR afin d'établir la description d'un poste de travail adapté. L'arthrose affectant les hanches de la recourante n'a certes pas été retenue par ce spécialiste, mais, bien que le rapport du 3 novembre 2009 de la Dresse E._____ fasse état d'un début de coxarthrose droite avec début d'ostéophytose de la tête fémorale, celui du 24 avril 2014 du Dr C._____ expose que la recourante ne présente pas de lésion significative des hanches. Cet élément ne suffit donc pas pour jeter un doute sur le rapport du Dr H._____.

Ainsi, il apparaît que les déclarations du Dr Z._____ concernant le fait qu'aucune activité adaptée ne soit possible, par ailleurs quelque peu nuancées par ses propres indications, ne concordent pas avec les autres rapports médicaux figurant au dossier. En définitive, au vu des constatations médicales susmentionnées, force est de conclure que l'intimé pouvait légitimement considérer que la recourante possédait une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

6. La recourante se prévaut encore de son âge en faisant valoir qu'à 60 ans, il lui est impossible de trouver une activité adaptée. Elle invoque l'application de la jurisprudence du Tribunal fédéral relative aux personnes proches de la retraite.

a) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner le point de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du

travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TFA I 198/97 du 7 juillet 1998 [VSI 1998 p. 293] consid. 3b et les références citées).

S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TFA I 377/98 du 28 juillet 1999 [VSI 1999 p. 246] consid. 1 et les références citées). Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (TF 9C_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.1 ; TF 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 5 et les arrêts cités).

Selon la jurisprudence, le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité

lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 ; TF 9C_716/2014 précité consid. 4.2).

Il est par ailleurs admis que le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé se situe autour de 60 ans, même si le Tribunal fédéral n'a pas fixé d'âge limite jusqu'à présent (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2). Selon les circonstances, un assuré âgé de 60 ou 61 ans pourra être réputé apte ou non à exercer une activité sur le marché de l'emploi (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 2117 p. 566). La Cour de céans a déjà jugé qu'une assurée de 60 ans n'avait pas atteint un âge avancé (CASSO AI 216/15 - 99/2016 du 18 avril 2016).

b) En l'occurrence, le moment où la capacité de travail a été évaluée médicalement, en d'autres termes, le moment où tous les éléments médicaux nécessaires au prononcé de la décision ont été réunis, correspond, au plus tard, au milieu de l'année 2014. L'assurée avait alors 59 ans. Elle se trouvait encore à près de cinq ans de l'âge ouvrant droit à une rente de vieillesse de l'AVS (art. 21 al. 1 let. b LAVS [loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10]). Elle n'avait pas encore atteint le seuil à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste d'exploiter la capacité résiduelle de travail sur un marché de l'emploi supposé équilibré. Par ailleurs, l'assurée dispose d'une formation et a déjà exercé différents métiers au cours de son parcours professionnel. Il ne ressort du dossier aucun élément mettant en évidence d'éventuelles difficultés d'adaptation qu'elle présenterait.

7. Au stade de la réplique, la recourante a encore fait valoir que l'intimé ne lui avait pas proposé une aide au placement. Cependant, la question d'une éventuelle aide au placement n'était pas tranchée dans la décision sur opposition du 2 novembre 2015, celle-ci statuant uniquement sur le droit à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel

sous la forme d'un reclassement. Dès lors, la Cour de céans ne peut se prononcer à son sujet (cf. consid. 2a supra).

La Cour relève toutefois que, pour ce qui a trait aux mesures d'ordre professionnel, l'assurée avait clairement indiqué, lors de son entretien du 26 mars 2014 dans les locaux de l'OAI, qu'elle ne souhaitait pas s'engager dans les mesures proposées, estimant ne plus pouvoir travailler et ayant déposé une demande en vue d'obtenir des prestations financières de l'assurance-invalidité.

8. a) Au vu de ce qui précède, l'intimé pouvait légitimement considérer que la recourante, pour la part active de 60 %, possédait une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le recours se révèle ainsi mal fondé et doit donc être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires sont supportés par le canton (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). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie, celle-ci étant en effet tenue au remboursement des frais dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

En l'occurrence, les frais judiciaires sont arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe. Toutefois, dès lors que cette dernière est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités de recouvrement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile] ; RSV 211.02.3).

Au vu de l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 2 novembre 2015 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 provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable sur renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires, provisoirement mis à la charge de l'Etat.
- V. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

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

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :