

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 25 juin 2020

---

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente  
MM. Gutmann et Perreten, assesseurs  
Greffier : M. Favez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7 et 8 LPGA ; art. 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.**            **a)** A. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 196 [...], a travaillé en qualité d'ouvrière de production au taux d'activité de 100 % pour B. \_\_\_\_\_.

Par déclaration du 25 août 2011, [...] a annoncé à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) un accident survenu à l'assurée le 27 juillet 2011, soit une chute dans la baignoire.

La CNA a pris en charge le cas (cf. courrier du 29 décembre 2011).

L'assurée a séjourné à la Centre de réadaptation E. \_\_\_\_\_ du 18 avril au 22 mai 2012. Le rapport de cet établissement du 18 juin 2012 se termine ainsi :

« A l'admission la patiente déclare des douleurs permanentes de l'épaule, qui prennent un caractère insomniant durant la nuit, s'aggravant à l'effort également surtout en rotation interne, qui est quasi impossible selon elle. Le minimum de douleurs est coté à 5/10. Le maximum, à 9/10. La douleur serait météo-dépendante elle est décrite comme brûlure qui touche tout le moignon de l'épaule.

À l'examen clinique on est face à une patiente droitère qui présente une légère amyotrophie de la fosse supra-épineuse à la palpation. La colonne cervicale présente une mobilité libre et indolore. Les amplitudes articulaires de l'épaule droite sont limitées en actif ; quasi-complètes en passif. La différence concerne la rotation interne. Un arc douloureux entre 90°-120° d'abduction et de flexion. Les tests de coiffe des rotateurs montre une coiffe compétente mais sont tous douloureux. Tests de conflit sous-acromial montrant une douleur sous-acromiale, surtout le Hawkins. Dans une moindre mesure le Yocum est également douloureux. Examen neurologique sp.

La RX de l'épaule droite du 21.08.2011 montre une hyperdensité osseuse au niveau du trochiter, avec absence d'autre lésion osseuse. Absence de signe. d'omarthrose. L'arthro-IRM de l'épaule droite du 02.09.2011 met en évidence un hypersignal en regard du tendon du supra-épineux distal, faisant évoquer une tendinopathie avec une probable déchirure interstitielle, absence d'amyotrophie avec infiltration graisseuse, musculaire. Sur les coupes transverses il y a une fuite de liquide au niveau supéro-antérieur de la glène qui pourrait traduire une lésion de type SLAP [Superior labrum anterior posterior, déchirure du labrum supérieur]. Le long chef du biceps se

trouve dans la gouttière et est intact. Petite lame de liquide au niveau sous-acromial.

Une nouvelle arthro-IRM du 27.04.2012 met en évidence une désinsertion labrale supérieure s'étendant antérieurement et supérieurement de midi jusqu'à 2 h, et correspond donc à un SLAP II A, sans lésion capsulo-labrale antérieure et sans lésion associée de la coiffe des rotateurs, si ce n'est une très discrète altération de la surface bursale du tendon du supra-épineux, avec minime bursite sous-acromio-deltaïdienne.

Une infiltration de l'articulation gléno-humérale droite avec des corticoïdes (Kénacort 40 mg) réalisée le 27.04.2012 n'a pas diminué la symptomatologie douloureuse.

Selon l'avis de notre orthopédiste-consultant, il n'y a pas d'indication opératoire au vu du contexte, en particulier l'absence d'amélioration avec l'infiltration. Cependant, si les douleurs devaient toujours être très invalidantes, après la prise en charge intensive avec adaptation de l'antalgie, on pourrait proposer un avis auprès du service du Prof. [...] à [...].

A.\_\_\_\_\_ a été présentée à notre consultant-psychiatre le 26.04.2012. Il n'est pas retenu de diagnostic psychopathologique chez une patiente dont la surcharge d'inquiétudes paraît congruente à la réalité de la situation, tant sur le plan des douleurs que sur le plan professionnel.

Sur le plan médicamenteux, le traitement de Tramadol a été mal toléré et le relais par du Zaldiar a été inefficace, raison pour laquelle il a été introduit du Co-Dafalgan associé à du Triptyzol 10 mg au coucher. En raison de l'introduction de cette dernière bi-thérapie, un traitement de Valium qui a été instauré par son médecin-traitant a été arrêté. Durant la fin du séjour, la patiente prenait rarement ses réserves de Co-Dafalgan, malgré la persistance des douleurs. Nous insistons sur le fait de prendre ces réserves afin d'arriver à une bonne couverture antalgique, avant d'envisager la prise d'autres médicaments.

En physiothérapie, A.\_\_\_\_\_ a suivi un programme (Cf. rapport) à visée d'amélioration de la mobilisation de l'épaule droite, ainsi que de l'antalgie, par l'utilisation de TENS local. Au terme du séjour, la patiente déclare ne pas ressentir de changement dans sa symptomatologie douloureuse. Objectivement, il y a une amélioration de la mobilité passive de l'épaule. Par contre, pour ce qui concerne la mobilisation active, il y a peu d'amélioration. Au PILE test la patiente n'arrive à porter aucun poids. La manoeuvre bras-tendus est tenue 8" (à l'entrée 9"). Le score fonctionnel normal de l'épaule selon Constant, pour l'épaule s'améliore de 7/100 pts (44.3/100 pts) en fin de séjour. Néanmoins, en fin de séjour il a été observé une meilleure intégration du membre supérieur droit dans les AVQ. Concernant la douleur, l'utilisation de TENS local semble efficace, raison pour laquelle nous proposons la poursuite de cette thérapie à domicile. Il n'est pas prévu la poursuite de la physiothérapie en ambulatoire.

Sur le plan socioprofessionnel, chez cette patiente travaillant comme ouvrière non qualifiée, qui a reçu sa lettre de licenciement au 27.07.2012. On peut s'attendre à terme à ce que la patiente puisse reprendre son activité à 100 %. La situation n'est actuellement pas complètement stabilisée, raison pour laquelle nous proposons une

reprise progressive débutant le 04.06.2012, à 50 % pendant trois semaines, qui pourra être réévaluée par son médecin-traitant. Les limitations actuelles sont les mouvements répétitifs au niveau et au-dessus des épaules, les ports de charges en position de porte-à-faux.

En résumé, dix mois après une contusion de l'épaule droite, chez une patiente de 51 ans, ouvrière non qualifiée, il persiste des douleurs de l'épaule ainsi qu'une limitation fonctionnelle. Le diagnostic d'une lésion de type SLAP IIa du labrum, avec une discrète tendinopathie du supra-épineux droit et une minime bursite sous-acromio-deltoïdienne de l'épaule droite est retenu. Une infiltration de corticoïdes dans l'articulation gléno-humérale n'a pas diminué la douleur. Sur le plan orthopédique, il n'y a pas d'indication chirurgicale actuellement. Il est relevé une meilleure intégration du membre supérieur droit, au terme du séjour. Objectivement, il y a une amélioration de la mobilisation passive et dans une moindre mesure active de l'épaule, ce qui devrait permettre à la patiente une reprise progressive du travail pour des activités à niveau d'établi. Entre-temps nous proposons l'utilisation de TENS antalgique localement, qui semble efficace chez cette patiente. A. \_\_\_\_\_ a été instruite à l'utilisation du TENS à domicile.

**INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE D'OUVRIERE NON QUALIFIEE**

- 100 % du :18.04.2012 au 03.06.2012.

- 50 % du 04.06.2012 au 24.06.2012.

- 0 % dès le 25.06.2012. »

L'assurée a été opérée le 17 août 2012 par le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, en raison d'une tendinopathie post-traumatique.

Le 25 janvier 2013, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) en raison d'une contusion et d'une tendinopathie du sus-épineux à l'épaule droite. Elle a indiqué avoir glissé le 27 juillet 2011 dans sa baignoire.

Selon le rapport de l'employeur à l'office AI du 12 février 2013, l'assurée occupait le poste d'ouvrière polyvalente (verre et montage instruments). Son salaire mensuel AVS s'élevait à 3'600 francs. Elle s'est trouvée en incapacité de travail depuis le 22 août 2011. En annexe à ce rapport figure une lettre du 27 avril 2012 selon laquelle l'assurée a été licenciée de son emploi pour le 31 juillet 2012.

Dans un rapport du 7 mars 2013, le Dr F.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de tendinopathie post-traumatique du sus-épineux. Selon lui, le pronostic était bon à moyen terme. L'activité habituelle n'était plus exigible.

Dans un avis du 17 avril 2013, le Dr G.\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'AI (SMR), a fixé les limitations fonctionnelles suivantes : « pas de travaux avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale ». Il a estimé que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, mais totale dans une activité adaptée.

Dans un rapport du 23 mai 2013, le Dr F.\_\_\_\_\_ écrit que, subjectivement, l'assurée restait très plaintive. Le pronostic restait bon à moyen-long terme.

L'assurée a fait l'objet d'un examen par le médecin d'arrondissement de la CNA le 5 juin 2013. Le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, a constaté que la situation n'était pas satisfaisante et difficilement compréhensible ; il proposait un nouveau séjour à la Centre de réadaptation E.\_\_\_\_\_.

L'assurée a de nouveau séjourné à la Centre de réadaptation E.\_\_\_\_\_ du 19 juin au 17 juillet 2013.

Dans un rapport du 12 septembre 2013, le Dr F.\_\_\_\_\_ a fait état d'une nette amélioration en comparaison à son contrôle du 17 juin 2013. Le pronostic était bon.

Dans un rapport du 7 janvier 2014, le Dr F.\_\_\_\_\_ a indiqué que, depuis le mois de novembre 2013, les douleurs persistaient. Il précisait que dans l'occupation de « lingère », un poste nécessitant des mouvements au-devant du corps, la capacité de travail était de 50 % depuis novembre 2013. Elle était entière depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2013 dans une occupation adaptée comme un travail de bureau, sans port de charges lourdes et de mouvements en hauteur avec le membre supérieur

droit. Selon ce médecin, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles, les limitations étant purement antalgiques.

Dans un rapport du 23 janvier 2014 à la CNA, le Dr F. \_\_\_\_\_ a indiqué que sur le plan subjectif et objectif, l'évolution était stationnaire depuis plus de six mois. L'assurée se plaignait d'omalgies droites qui entravaient l'élévation d'objets lourds et l'élévation du bras à partir de 90°. Le pronostic était réservé.

Dans un nouveau rapport du 30 janvier 2014, le Dr F. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic d'omalgies résiduelles droites.

Le 5 mars 2014, l'assurée a de nouveau fait l'objet d'un examen par le médecin d'arrondissement de la CNA (Dr H. \_\_\_\_\_), dont l'appréciation est la suivante :

« Nous nous trouvons à plus de 2 ½ ans après une chute avec traumatisme de l'épaule D et à 1 ½ ans environ d'une arthroscopie diagnostique de l'épaule D mettant en évidence des surfaces articulaires physiologiques, un tendon du biceps normal, une petite anomalie du bourrelet antérieur et un aspect légèrement irrégulier de la portion distale du tendon du sus-épineux. Cette intervention a été poursuivie ensuite, par voie ouverte, par la désinsertion du bord trochantérien du tendon du sus-épineux, l'excision de sa partie lésée puis la réinsertion de ce tendon sus-épineux à l'aide de deux ancrs Corkscrew.

Dans les suites opératoires, développement d'une capsulite rétractile de l'épaule D.

Actuellement, la situation est stabilisée depuis environ six mois.

Subjectivement, la patiente se plaint de douleurs la réveillant la nuit en moyenne 3x/semaine en particulier lorsqu'elle se tourne sur l'épaule D. Durant la journée, au repos, petite douleur constante augmentant à la moindre sollicitation de l'épaule D.

Objectivement à l'examen clinique, limitation en actif de l'abduction à 110°, de l'antépulsion à 100°. En passif, la patiente ne nous laisse pas aller au-delà de 160° d'abduction ou d'antépulsion, sans blocage ressenti. Test de Jobe possible et bien tenu à 140° avec arc douloureux entre 140° et 20° à D. Limitation de la rotation externe à 20° et de la rotation globale interne avec le pouce n'atteignant que L3. Probable légère diminution de la force de la rotation externe ou interne de l'épaule D coudes au corps et importante diminution de la force de cette épaule D au test du portefeuille.

Du point de vue asséculoologique, la situation est stabilisée. Les limitations fonctionnelles d'une activité adaptée sont : pas de

mouvement du bras D au-dessus du niveau des épaules, pas de fréquents mouvements du bras D éloignée du tronc entre 0° et 90°, pas de port de charges de plus de 1 kg bras D éloigné du tronc, pas de mouvement répétitif contre résistance de rotation interne et externe de l'épaule D coudes au corps, pas de port fréquent de charge de plus de 5 kg avec le MSD. Dans une telle activité, la capacité de travail de la patiente est entière.

À noter qu'après leur avoir donné les explications quant à l'exigibilité sus-définie, la patiente et sa fille se sont déclarées en total désaccord avec mon estimation de cette exigibilité.

Reste à la charge de la Suva, le traitement médicamenteux antalgique prescrit pour l'épaule D et toujours si prescrite, jusqu'à 2 x 9 séances de physio-thérapie antalgique pour l'épaule D.

L'IpAI [indemnité pour atteinte à l'intégrité] fait l'objet d'une appréciation séparée. »

Le 27 mars 2014, la CNA a écrit à l'assurée que, de l'avis de son service médical, elle était apte à reprendre son activité antérieure. Elle mettrait donc fin au paiement des indemnités journalières au 30 avril 2014, le droit à une rente étant nié. Une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 % était octroyée.

Le 10 avril 2014, le Dr F. \_\_\_\_\_ a écrit à la CNA pour l'informer qu'en sa qualité de chirurgien orthopédiste, il ne pouvait que partager l'avis du médecin d'arrondissement quant à la capacité de l'assurée à reprendre une activité adaptée et allégée à temps complet. Néanmoins il expliquait qu'en tant que médecin traitant qui voyait régulièrement l'assurée en consultation, dont les plaintes douloureuses étaient inchangées depuis de nombreux mois, il se voyait contraint de lui octroyer une incapacité partielle de travail de 50 %.

Par lettre du 17 avril 2014, l'assurée a indiqué à la CNA qu'elle contestait l'appréciation du médecin d'arrondissement s'agissant de sa capacité de travail dans son activité habituelle.

Par décision du 25 avril 2014, la CNA a alloué à l'assurée une IPAI de 10 % et a suivi l'avis de son médecin d'arrondissement en ce sens qu'elle considérait que de façon théorique étant donné le licenciement, l'assurée était apte à reprendre son activité antérieure. Elle maintenait donc la fin des indemnités journalières au 30 avril 2014. Elle indiquait

toutefois qu'elle prendrait en charge un traitement médicamenteux antalgique prescrit pour l'épaule droite et jusqu'à 2 x 9 séances de physiothérapie antalgique pour l'épaule droite par année.

Selon une « feuille-accident LAA » de mai 2014, la capacité de travail de l'assurée était totale dès le 9 mai 2014.

Dans un avis du 13 mai 2014, le Dr I.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a suivi le médecin d'arrondissement de la CNA et a retenu une capacité de travail totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, se distançant toutefois en ce sens qu'il considérait que l'activité de lingère n'est pas une activité adaptée et a rejoint à ce sujet le Dr F.\_\_\_\_\_ en admettant une capacité travail de 50 % dans l'activité habituelle de lingère depuis le mois de novembre 2013 et une capacité de travail entière dans une activité adaptée depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2013.

Par téléphone du 12 septembre 2014, la fille de l'assurée a annoncé à la CNA que sa mère était de nouveau en arrêt de travail.

Le 15 septembre 2014, le Dr Galantay a écrit ceci au médecin d'arrondissement de la CNA :

« Je me permets de vous écrire concernant l'assurée susnommée que vous avez examinée le 05.03.2014. Je ne reviens pas sur ses antécédents que vous connaissez bien.

A.\_\_\_\_\_ m'a consulté ce 11.09.2014. Elle me rapporte une évolution stationnaire, à savoir des omalgies droites qui apparaissent en élévation active du membre au-delà de 90° en antépulsion et à partir de 80° en abduction. Les omalgies sont exacerbées par les mouvements au-devant du corps ou lors du soulèvement de charges et deviennent insomniantes.

L'examen clinique du 11.09.2014 est totalement superposable à celui de l'an passé. L'élévation active est possible jusqu'à 90° en antéflexion, puis des douleurs apparaissent qui semblent émaner de l'espace sous-acromial ce qui entrave l'élévation active. En actif assisté l'élévation atteint 140° et s'accompagne d'assez fortes douleurs. En abduction, les mêmes douleurs apparaissent à partir de 80°, en actif assisté on atteint 140°. Au relâchement du membre, la manœuvre (sic) de Hawkins est souple et indolore. La rotation externe est symétrique et de bonne force. La rotation interne est douloureuse et atteint L5. Le Lift off est négatif. Le lobe est affaibli, mais le tendon est compétent. Le test du biceps est conservé.

Cet examen clinique parle en faveur d'une cause mécanique de type impingement.

J'ai procédé à des radiographies, que je vous joins sur CD-ROM, qui mettent en évidence deux calcifications ovalaires qui ressemblent plus à des corps libres qu'à des calcifications infra-tendineuses. Leur présence pourrait expliquer les plaintes de l'assurée.

Au vu de cela et des douleurs ressenties, A. \_\_\_\_\_ a été mise à l'arrêt total de travail.

Je propose une extraction de ces corps libres si cela est possible par arthroscopie, sinon par une voie mini-open.

Je vous saurai gré de confirmer que la SUVA accepte la prise en charge de ladite intervention. »

Par déclaration du 30 septembre 2014, l'assurance-chômage a annoncé à la CNA un accident, survenu le 11 septembre 2014. Sous la rubrique « Description de l'accident », on y lisait : « Tombé baignoire salle de bain ».

Par lettre du 13 octobre 2014, la CNA a informé l'assurée qu'elle considérait l'annonce d'un accident faite par la caisse de chômage comme étant celle d'une rechute.

Par correspondance du 27 novembre 2014, la Suva a informé qu'elle verserait une indemnité journalière à l'assurée.

L'assurée a de nouveau été opérée par le Dr Galantay le 28 novembre 2014. Dans son rapport relatif à cette opération, le Dr Galantay pose le diagnostic de calcification intra-tendineuse du sus-épineux deux ans après réinsertion du tendon du sus-épineux. Il a également indiqué que l'arthroscopie articulaire démontrait une chondropathie stade III des surfaces, précisant que le long chef du biceps (LCB) était en place.

Dans un avis du 4 mars 2015, le Dr I. \_\_\_\_\_ a considéré qu'on ne pouvait considérer la situation comme stabilisée étant donné la nouvelle opération subie par l'assurée.

Dans un rapport du 19 février 2015, le Dr F.\_\_\_\_\_ a signalé l'apparition d'ossifications invalidantes du tendon du sus-épineux qui avait motivé l'excision d'une des deux ossifications par voie ouverte et une réinsertion du tendon le 28 novembre 2014. L'évolution était très lentement favorable avec la persistance d'omalgies importantes à l'élévation. La reprise du travail n'était pas prévue.

Dans un compte-rendu d'un entretien du 25 février 2015 entre un inspecteur-accidents de la CNA et l'assurée, on peut lire que l'assurée, inscrite au chômage, n'a pas repris d'activité professionnelle depuis son licenciement de chez B.\_\_\_\_\_, hormis deux stages de deux semaines et d'un mois, placée par la Fondation [...] dans un magasin de chaussures et dans le secteur expédition d'une fabrique de crème de visage.

Dans un rapport du 25 février 2015, le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic d'ankylose au décours après opérations itératives du sus-épineux de l'épaule droite, trois mois après la deuxième intervention. Ce rapport se conclut comme il suit :

« En dépit des plaintes de la patiente, on doit considérer que l'évolution actuelle est plutôt encourageante, avec une restitution des amplitudes certes encore incomplète mais s'inscrivant déjà dans un périmètre utile, en tout cas dans les activités domestiques. Il n'y a pas lieu de proposer une nouvelle intervention qui ne ferait qu'exacerber la situation. À mon sens, l'ossification résiduelle ne doit pas jouer un rôle déterminant. Il faut au contraire encourager la patiente à faire usage de son bras en l'accompagnant avec de la physiothérapie douce, de l'antalgie soutenue et éventuellement, une ou plusieurs infiltrations de l'espace sous-acromial. D'ici au mois de mai, une reprise partielle dans une activité adaptée devrait tout à fait être possible, le plus dur sera probablement de convaincre la patiente et son mari. Je n'ai pas prévu de revoir cette patiente. »

Dans un rapport du 25 mars 2015, le Dr F.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution était lentement favorable, mais que l'assurée présentait toujours des omalgies importantes à l'élévation du bras droit. Aucune activité lucrative n'était exigible, mais le médecin restait optimiste quant à une bonne évolution à moyen terme.

Le 8 juin 2015, le Dr H. \_\_\_\_\_ a procédé à l'examen final et dans son rapport du même jour. Il a conclu de la manière suivante :

« Nous nous trouvons à plus de 6 mois de la dernière intervention effectuée au niveau de l'épaule D. Il s'était agi d'une arthroscopie diagnostique avec bursectomie sous-acromiale puis excision par voie ouverte d'une calcification hétérotopique du tendon du sus-épineux, avec acromioplastie.

La situation est stabilisée.

Par rapport à l'examen à l'agence du 05.03.2014, la patiente présente les mêmes plaintes subjectives.

Objectivement à l'examen clinique, la patiente avait, en mars 2014, une abduction active de l'épaule à 110°, elle n'est actuellement plus que de 90°. La patiente avait en mars 2014 une antépulsion active à 100°, elle n'est plus actuellement que de 90°. En mars 2014, la patiente avait une abduction et une antépulsion passive à 160°, elles ne sont aujourd'hui plus de 90°. Le test de Jobe était possible en mars 2014 à 140°, il n'est plus possible aujourd'hui. Pour le reste, l'examen clinique de ce jour est superposable à celui de mars 2014.

Du point de vue asséculo-logique, l'examen clinique de ce jour justifie les mêmes limitations fonctionnelles d'une activité adaptée qui (sic) celle qui avait été déterminée en mars 2014 (pas de mouvement du bras D au-dessus du niveau des épaules, pas de fréquent mouvement du bras D éloigné du tronc entre 0 et 90°, pas de port de charges de plus de 1 kg bras D éloigné du tronc, pas de mouvement répétitif contre-résistance, de rotation interne et externe de l'épaule D coudes au corps, pas de port fréquent de charges de plus de 5 kg du MSD). Dans une telle activité, la capacité de travail de l'assurée est entière.

Restent à la charge de la Suva, le traitement médicamenteux antalgique prescrit pour l'épaule D tout en espérant que la patiente arrivera à se sevrer du Tramal®. Reste également à la charge de la Suva, si prescrites, jusqu'à 2x9 séances de physiothérapie antalgique par année pour l'épaule D ; toute autre physiothérapie qu'antalgique lors d'éventuel épisode d'exacerbation transitoire de la symptomatologie douloureuse n'a en effet plus de sens.

La diminution d'abduction et d'antépulsion présentée actuellement par l'assurée par rapport à l'examen de mars 2014 justifie une réévaluation de l'IPAI. En effet, lors de l'examen à l'agence de mars 2014, la patiente avait une abduction et une antépulsion de respectivement 110 et 100° alors qu'elles ne sont plus de 90° actuellement. La patiente avait en mars 2014 une abduction et élévation passive de 160° alors qu'elles ne sont plus actuellement que de 90°. En mars 2014, le droit à l'IPAI avait été estimé à 10 % Ce jour avec une mobilité active limitée à 90°, le droit à l'IPAI est de 15 %. ».

Dans un avis du 20 octobre 2015, le Dr I. \_\_\_\_\_ a considéré qu'il fallait suivre les conclusions de la CNA et retenir ainsi que la capacité

de travail était entière dans une activité adaptée aux limitations énoncées depuis le 8 juin 2015.

L'assurée a de nouveau été opérée par le Dr F.\_\_\_\_\_ le 8 avril 2016 pour une reprise et excision de l'ossification dans le tendon du sus-épineux.

Dans un rapport du 8 août 2016, le Dr F.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée était toujours très plaintive et que le pronostic était médiocre.

Par un projet de décision du 2 novembre 2016, l'office AI a informé l'assurée qu'il lui reconnaissait le droit à une rente entière du 1<sup>er</sup> juillet 2013 au 30 juin 2014 puis dès le 1<sup>er</sup> septembre 2014, suite à une rechute, jusqu'au 30 septembre 2015.

Dans un courrier du 9 novembre 2016, la CNA a informé l'assurée qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière au 30 novembre 2016, estimant que la guérison de celle-ci était suffisamment avancée pour justifier la clôture du cas de rechute. La CNA considérait que l'assurée pouvait travailler à temps complet dans une activité ne nécessitant pas de mouvement du bras droit au-dessus du niveau des épaules, pas de fréquent mouvement du bras droit éloigné du tronc, pas de port de charges de plus de 1 kg avec le bras droit éloigné du tronc, pas de mouvement répétitif contre résistance, de rotation interne et externe de l'épaule droite coudes au corps et pas de port fréquent de charges de plus de 5 kg du membre supérieur droit.

Par correspondance du 27 novembre 2016, l'assurée a présenté des objections à ce courrier.

Dans une correspondance du 29 novembre 2016 à la CNA, le Dr F.\_\_\_\_\_ a requis de l'assurance qu'elle réexamine sa décision. Il écrivait notamment ceci :

« En effet, si « les derniers rapports médicaux » que vous mentionnez font allusion à mon rapport médical intermédiaire du

19.08.2016, vous conviendrez certainement que la patiente présente une restriction douloureuse et très importante de la fonction de son épaule droite.

Lors de la consultation du 23.11.2016, les restrictions de cette épaule perdurent et force est d'admettre que A. \_\_\_\_\_ a présenté une épaule gelée à la suite de la dernière intervention du 08.04.2016, épaule gelée qui perdure à ce jour. »

L'assurée a fait l'objet d'un nouvel examen par le médecin d'arrondissement (Dr O. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur). Celui-ci a ponctué son rapport du 24 février 2017 ainsi :

« L'assurée est vue après de 11 mois de la 3<sup>ème</sup> intervention chirurgicale de l'épaule D.

L'assurée décrit n'avoir perçu aucun changement de l'état de son épaule D suite à cette opération. Persistance de douleurs et d'une raideur de l'épaule. Aucune amélioration n'est à attendre.

On peut considérer le cas comme stabilisé.

Sur le plan professionnel, l'assurée ne peut effectuer qu'un travail adapté aux limitations fonctionnelles qui ont déjà été décrites lors des deux derniers examens à l'agence. Elle doit éviter les activités qui impliquent une mobilité de l'épaule D au-delà de l'horizontale. Elle doit éviter le port de charges de plus de 5 kg et le soulèvement de charges de plus de 1 kg. Elle doit éviter les métiers qui impliquent des mouvements répétés de l'épaule D.

Une IpAI de 15 % lui a déjà été octroyée. »

Par décision du 17 mars 2017, la CNA a maintenu la fin des soins médicaux et de l'indemnité journalière au 30 novembre 2016 au soir. Elle a répété que la capacité de travail de l'assurée était totale dans une activité adaptée.

Dans un avis SMR du 12 avril 2017, le Dr I. \_\_\_\_\_ a, au vu notamment de l'examen final de la CNA, admis une capacité travail nulle dans l'activité habituelle depuis l'accident de juillet 2011 et une capacité de travail exigible de 100 % dans une activité strictement adaptée aux limitations retenues depuis le 30 novembre 2016. Il a estimé dès lors que les dates initiales de rente limitée dans le temps figurant dans le projet de décision devaient être modifiées en conséquence.

Par décision du 19 juillet 2017, la CNA a rejeté l'opposition formée le 17 avril 2017 par l'assurée. Cette décision sur opposition a fait l'objet d'un recours auprès de la Cour de céans le 14 septembre 2017 (AA 112/17 - 81/2020).

Dans un nouveau projet du 20 septembre 2017, l'office AI a informé l'assurée de son intention de lui octroyer une rente entière du 1<sup>er</sup> juillet 2013 (6 mois après le dépôt de la demande) au 28 février 2017 (3 mois après l'amélioration de l'état de santé de l'assurée). Il a retenu que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail de l'assurée était entière et que celle-ci présentait un degré d'invalidité de 3 % au 30 novembre 2016 (cf. calcul REA du 31 mai 2016).

L'assurée, dorénavant représentée par Me Jean-Michel Duc, a présenté des objections contre ce projet.

Dans un avis du 15 novembre 2017, le Dr I. \_\_\_\_\_ a relevé que le conseil de l'assurée mentionnait un diagnostic psychiatrique codifié F11.2, sans que ce diagnostic n'ait été posé par un médecin psychiatre. Il a indiqué que si le Tramal était un traitement opiacé, susceptible de certains effets secondaires, tous les patients traités ne présentaient pas cette atteinte. Le seul fait d'être traité par ce médicament ne permettait pas de poser un tel diagnostic. Le Dr I. \_\_\_\_\_ a constaté qu'aucun avis de spécialistes allant dans ce sens ne figurait dans le dossier.

Par décision du 8 février 2018 et motivation séparée du 20 novembre 2017, l'office AI a confirmé le projet de décision du 20 septembre 2017.

**B.** Par acte du 12 mars 2018, A. \_\_\_\_\_, assistée par Me Jean-Michel Duc, a interjeté recours contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle a conclu à l'annulation de la décision du 8 février 2018 et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction. Elle se prévaut d'une violation de son droit d'être entendu et soutient notamment avoir annoncé à l'office la

production de rapports complémentaires. Or, ce dernier a statué avant la production de ces rapports. Elle soutient aussi que l'instruction est incomplète, invoquant le fait que son état ne s'est pas amélioré avec prise d'opiacés (Tramal) induisant « le diagnostic médical F11.2 ».

Par réponse du 8 mai 2018, l'office intimé a conclu au rejet. Il indique qu'il a procédé à une appréciation anticipée des preuves, estimant l'instruction complète au moment où la décision a été rendue. Quant à la prise d'opiacés, il se réfère à l'avis du SMR 15 novembre 2017.

Avec sa réplique du 13 août 2018, la recourante a produit un rapport du 8 août 2018 du Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Ce rapport se conclut ainsi :

« Nous avons longuement discuté sur le résultat de l'ultrason qui montre une tendinopathie au sablier de biceps (LCB). L'examen clinique montre que malgré que ces limitations fonctionnelles, il n'y a pas de capsulite car la rotation externe avec le coude au corps est augmentée.

À mon avis, la limitation est liée à la tendinopathie en sablier du LCB, qui avec la subluxation, entraîne une déchirure partielle du sous-scapulaire, ce qui confirme également l'examen clinique. Je pense que l'articulation acromio-claviculaire ne gêne que peu.

Il n'y a pas d'options de traitement, mis à part une chirurgie, ou rester comme cela. Elle a été informée du traitement chirurgical qui consisterait en une ténodèse une ténotomie du LCD, une réparation de sous scapulaire et une résection de la clavicule distale. Je lui ai bien précisé sur le fait qu'une 4<sup>ème</sup> opération ne donne jamais les mêmes résultats qu'une première intervention. Elle a été informée sur les risques et complications éventuelles.

Le Prof. L.\_\_\_\_\_, Radiologue spécialiste ostéo-articulaire à la L.\_\_\_\_\_ a donné son avis sur les images de l'arthro-IRM du 29 novembre 2017. Vous trouverez ci-joint la copie de son rapport qui confirme mon diagnostic.

Pour des raisons asséculoologiques, je ne peux pas effectuer cette intervention à la Clinique M.\_\_\_\_\_ tant que la SUVA n'a pas donné son accord. Par conséquent, je vous laisse faire le nécessaire auprès d'eux. »

Le 3 septembre 2018, l'intimé duplique et confirme ses conclusions. Il se réfère à un avis du 27 août 2018 du Dr I.\_\_\_\_\_. Ce dernier considère que le rapport du 8 août 2018 du Dr K.\_\_\_\_\_ n'apporte

aucun élément en faveur d'une modification de la capacité de travail dans une activité adaptée au déficit de l'épaule droite.

**E n d r o i t :**

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

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

**2.**       Le litige a pour objet le droit de la requérante à une rente de l'assurance-invalidité après le 28 février 2017, singulièrement le degré d'invalidité présenté par l'intéressée à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2016.

**3.**       Dans un grief de nature formelle qu'il convient de traiter en premier lieu, la requérante soutient que son droit d'être entendu a été violé. Elle invoque le fait qu'elle avait, dans ses objections du 25 octobre 2017, demandé à pouvoir compléter ses objections en produisant une nouvelle appréciation médicale et que l'intimé a rendu sa décision sans attendre ces compléments, ce le 8 février 2018. Elle explique qu'elle n'a pas obtenu de rendez-vous chez un spécialiste de l'épaule, le Dr K.\_\_\_\_\_, avant le 18 mars 2018. L'intimé relève pour sa part qu'il a procédé à une appréciation anticipée des preuves.

**a)** Le droit d'être entendu (cf. art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]) comprend, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 II 218 consid. 2.3 ; 141 V 557 consid. 3.1 avec les références citées).

Le droit d'être entendu n'entraîne toutefois pas pour les parties la garantie de pouvoir être entendues de manière illimitée dans le temps ni de pouvoir obtenir l'administration de toutes les preuves qu'elles désirent. L'assureur social est en effet fondé à apprécier de manière anticipée les preuves d'ores et déjà réunies et, sous réserve d'une décision arbitraire, d'estimer que les nouveaux éléments requis ne sont pas de nature à influencer sa décision (Anne-Sylvie Dupont, in Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n. 11 ad art. 42 LPGA et les références citées).

Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu peut être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1). La réparation de la violation du droit d'être entendu doit toutefois rester l'exception et n'est admissible que dans l'hypothèse d'une atteinte aux droits procéduraux de la partie lésée qui n'est pas particulièrement grave. Si par contre l'atteinte est importante, il n'est en règle générale pas possible de remédier à la violation. Une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 et les références citées).

**b)** En l'espèce, on ne saurait reprocher à l'intimé d'avoir estimé que les avis médicaux au dossier étaient suffisants. Ces avis

étaient nombreux et l'intimé était effectivement en droit de considérer qu'ils étaient suffisants, ce qui relève très majoritairement de l'appréciation des preuves (cf. consid. 6a ci-dessous). En outre, la recourante, dans ses objections du 25 octobre 2017, est restée très vague sur le spécialiste qu'elle entendait consulter puisqu'elle a simplement requis la possibilité de pouvoir produire une nouvelle appréciation médicale. Elle n'a pas sollicité de délai à cet effet. La décision a été rendue plus de trois mois après ces objections. La recourante aurait dû être en mesure de produire une nouvelle appréciation médicale compte tenu de ce long délai. D'ailleurs, une telle appréciation n'a pas été non plus produite avec le recours. Il a fallu attendre la réplique pour qu'elle le soit. Il convient enfin de relever que la production du rapport du Dr K. \_\_\_\_\_ du 8 août 2018 dans la présente procédure couvre une éventuelle violation du droit d'être entendu.

Mal fondé, ce moyen doit être rejeté.

**4. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de 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.

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

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

**d)** Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou

échelonnée (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

**5. a)** Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, 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 (cf. 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 (cf. TF 8C\_746/2011 du 13 mars 2012 consid. 1.2).

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**c)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne

examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_580/2019 du 6 avril 2020 consid. 4.1).

**d)** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

**e)** Toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). La preuve d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par un psychiatre selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2). Le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

**6. a)** Sur le fond, la recourante ne soulève aucun argument lié à son épaule si ce n'est que l'office intimé n'était pas fondé à mettre fin au versement de la rente entière versée, faute de motif de révision. Elle

relève, en effet, qu'il n'y a eu aucune amélioration malgré les trois opérations subies. S'agissant des troubles ostéo-articulaires dont souffre la recourante, les conclusions ressortant des rapports du Dr I.\_\_\_\_\_ (cf. avis SMR des 12 avril, 15 novembre 2017 et 27 août 2018), du Dr F.\_\_\_\_\_ (rapport du 29 novembre 2016 notamment) et du Dr O.\_\_\_\_\_ (rapport du 24 février 2017) conservent toute leur pertinence. Dans son avis du 12 avril 2017, le Dr I.\_\_\_\_\_ retient en particulier les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de tendinopathie du sus-épineux et de capsulite rétractile de l'épaule droite ayant entraîné deux rechutes et plusieurs interventions chirurgicales. Il a retenu, à l'instar du Dr O.\_\_\_\_\_ (rapport du 24 février 2017), que la situation était stabilisée et que la capacité de travail était entière dans une activité légère adaptée aux limitations fonctionnelles ostéo-articulaires dès le 30 novembre 2016. Les rapports du Dr K.\_\_\_\_\_ (8 août 2018) et du Prof. L.\_\_\_\_\_ (16 juillet 2018) n'apportent aucun éléments nouveaux établissant que la situation sur le plan ostéo-articulaire aurait perduré de manière à empêcher l'exercice d'une activité adaptée au-delà du 30 novembre 2016. S'agissant en particulier du rapport du Dr K.\_\_\_\_\_ du 8 août 2018, on relève que ce médecin ne se prononce pas sur la capacité de travail de la recourante. Il fait état d'une augmentation des douleurs en cas de mouvements, de limitations des rotations, d'une diminution de la force, ainsi que des craquements douloureux occasionnels. Il n'explique pas en quoi ces plaintes seraient à l'origine de limitations fonctionnelles autres que celles déjà retenues et propres à empêcher l'exercice d'une activité adaptée au-delà du 30 novembre 2016.

**b)** Les arguments principaux de la recourante ont trait à sa consommation de Tramal et, par son avocat, elle pose le diagnostic de « troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés » (F11.2). Or, elle n'indique pas souffrir de tels troubles, l'utilisation d'opiacés ne générant pas toujours des troubles psychiques (cf. avis SMR du 15 novembre 2017). Elle paraît se fonder uniquement sur une hypothèse. Aucun psychiatre n'a été consulté dans le cadre de l'utilisation des opiacés (cf. consid. 5e ci-dessus) et aucun des médecins consultés n'évoque une telle possibilité. Tel est également le cas du dernier médecin

consulté, soit le Dr K.\_\_\_\_\_, qui ne fait aucune allusion à cet égard. Faute d'établir la vraisemblance de troubles psychiques, aucune instruction complémentaire n'est nécessaire. Au demeurant, le seul examen psychologique est celui effectué à la Centre de réadaptation E.\_\_\_\_\_ en 2012 ; il n'avait révélé aucune psychopathologie en son temps.

Ce moyen doit donc être rejeté.

**c)** En conclusion, l'avis SMR du 12 avril 2017 peut être suivi. La recourante a présenté une incapacité de travail durable dès le 27 juillet 2011. Depuis le 30 novembre 2016, la recourante a disposé d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de mouvement du bras droit au-dessus du niveau des épaules, pas de fréquent mouvement du bras droit éloigné du tronc, pas de port de charges de plus de 1 kg avec le bras droit éloigné du tronc, pas de mouvement répétitif contre résistance, de rotation interne et externe de l'épaule droite coudes au corps et pas de port fréquent de charges de plus de 5 kg du membre supérieur droit).

**7. a)** La capacité de travail dans une activité adaptée étant constatée, il y a lieu de vérifier la comparaison des revenus retenue par l'office intimé et le préjudice économique qui en découle (cf. rapport final REA du 31 mai 2016).

**b)** A l'échéance du délai de carence d'une année (art. 28 al. 1 let. b LAI), soit le 27 juillet 2012, la recourante présentait une entière incapacité de travail. La situation était la même 1<sup>er</sup> juillet 2013, soit à l'échéance du délai de six mois après le dépôt de la demande de prestations AI le 25 janvier 2013 (art. 29 al. 1 LAI). Le droit à une rente AI entière est ainsi ouvert dès cette date en raison d'un degré d'invalidité de 100 % (art. 28 al. 2 LAI). Il prend fin le 28 février 2017, soit trois mois après l'amélioration de la capacité de gain de la recourante au 30 novembre 2016 (art. 17 al. 1 LPGA ; art. 88a al. 1 RAI), comme on l'a vu ci-dessus (cf. consid. 6c).

**c)** Au moment de déterminer la répercussion de l'incapacité de travail sur la capacité de gain de la recourante, l'office intimé a retenu, au titre de revenu sans invalidité, le montant de 47'552 fr. correspondant au salaire auquel elle aurait pu prétendre en 2016 si elle avait poursuivi son activité auprès de son employeur (rapport employeur du 12 février 2013). Peu importe ici que la recourante ait été ouvrière de production et non lingère comme le mentionne de manière erronée le rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ du 7 janvier 2014 dès lors que c'est bien l'activité d'ouvrière de production qui a été retenue par l'intimé (avis SMR des 20 octobre 2015, 12 avril et 15 novembre 2017 ; rapport final REA du 31 mai 2016). Au titre de revenu d'invalidité, l'intimé a pris en considération, compte tenu de l'activité légère de substitution qui pouvait être exigée de la recourante (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.1), le salaire, tel qu'il résultait de l'Enquête suisse sur la structure des salaires éditée par l'Office fédéral de la statistique (OFS), auquel pouvait prétendre l'intéressée en 2016 dans une activité adaptée exercée à 100 % (ESS 2014, tableau TA1\_skill-level, niveau de compétence 1, après indexation à 2015 [0,4 %] et 2016 [0,4 %] [OFS, Evolution des salaires nominaux 2010-2018], rapporté à la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises en 2016 de 41,7 heures [OFS, Tableau de la durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique]), sur lequel il a procédé à un abattement de 15 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles et de l'âge de la recourante (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3), soit 46'090 fr. 57.

En présence d'un degré d'invalidité de 3 % ( $[47'552 \text{ fr.} - 46'090 \text{ fr.} 57] \div 47'552 \text{ fr.}$ ), largement inférieur à 40 %, la recourante ne peut plus prétendre à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité au-delà du 28 février 2017. Les termes de la comparaison n'ont pas été remis en cause par la recourante, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter.

**8. a)** Partant, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation 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 (art. 69 al. 1bis première phrase LAI) qui doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe.

**c)** Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours déposé le 12 mars 2018 par A. \_\_\_\_\_ est rejeté.
- II.** La décision rendue le 8 février 2018 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 mis à la charge d'A. \_\_\_\_\_.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Jean-Michel Duc (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé),
- 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).

Le greffier :