

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 août 2021

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mmes Gabellon et Pelletier, assesseures
Greffière : Mme Tagliani

Cause pendante entre :

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

et

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

Art. 6 ss, 16, 17 et 43 al. 1 LPGA ; 28 LAI et 88a RAI

E n f a i t :

A. S._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mariée et mère d'un enfant majeur né en [...], au bénéfice d'un CFC de coiffeuse obtenu en 1992 et d'une formation d'auxiliaire de santé dispensée par la Croix-Rouge en 2003, travaillait à un taux d'occupation de 50 % en qualité d'auxiliaire de santé polyvalente depuis le 1^{er} octobre 2003 auprès du Centre médico-social de [...], membre U._____ (ci-après : U._____ ou l'employeur). Ses tâches comprenaient notamment la visite des clients à domicile, les soins de base et l'aide au ménage.

Le 26 avril 2014, l'assurée a été victime d'un accident. Alors qu'elle était dans la cale d'un bateau à moteur, une vague provoquée par un autre bateau l'a fait chuter sur le côté et une ancre est tombée sur son pied gauche. Elle a alors ressenti des douleurs à l'épaule et au genou gauches. Une radiographie de sa cheville gauche deux jours plus tard n'a pas révélé de fracture ni d'arrachement osseux. Une IRM du genou gauche de l'assurée, effectuée le 15 mai 2014 a permis au Dr W._____, spécialiste en radiologie, de tirer les conclusions suivantes : « Contusion osseuse au niveau du plateau tibial interne et médian. Contusion du ligament croisé antérieur, sans véritable interruption de ses fibres. Pas d'atteinte méniscale significative ».

Le cas a été déclaré par la Dre O._____, médecin praticien et médecin traitant de l'assurée à [...], assureur-accidents, qui l'a pris en charge. La Dre O._____ a fait état de polytraumatismes articulaires et a constaté une incapacité totale de travail dès le 28 avril 2014, ce dont le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a également attesté.

Le 18 juin 2014, sur demande du Dr Q._____, une nouvelle IRM du genou gauche de l'assurée a été effectuée, révélant une « contusion osseuse avec petite fracture-impaction infra-centimétrique sous-chondrale du plateau tibial interne », une distorsion mineure sans

déchirure significative du tiers condylien antérieur du collatéral interne et du ligament croisé antérieur ainsi qu'un petit kyste de Baker.

L'arrêt de travail de l'assurée lié à son accident du 26 avril 2014 a pris fin le 3 août 2014, selon les fiches de présence de l'employeur, qui figurent au dossier de la cause et qu'aucun autre document ne contredit.

Le 14 juillet 2015, la Dre O._____ a attesté une nouvelle incapacité de travail de l'assurée, dans un premier temps jusqu'au 31 juillet 2015. La médecin a rempli une nouvelle déclaration d'accident bagatelle à l'attention de l'assureur-accident, le 20 juillet 2015, en posant le diagnostic de tendinopathies de l'épaule gauche. Une IRM de l'épaule gauche de l'assurée a été effectuée sur demande de la Dre O._____, le 21 juillet 2015. Cet examen a mis en évidence une importante tendinopathie avec tendinite et déchirure intra-substantielle partielle sans rupture du tendon du sous-scapulaire, un remaniement associé du bourrelet glénoïdien antérieur à mi-hauteur, compatible avec un remaniement cicatriciel post-déchirure partielle non déplacée, et une lame d'épanchement avec une bonne composante de capsulo-synovite.

Le 28 juillet 2015, la Dre O._____ a attesté la prolongation de l'incapacité de travail de l'assurée pour le mois d'août 2015. Par rapport du 1^{er} août 2015, la médecin a indiqué à l'assureur-accidents qu'elle avait constaté, lors de sa consultation du 14 juillet 2015, une détérioration des amplitudes du membre supérieur gauche de l'assurée en lien avec la reprise professionnelle nécessitant un traitement de physiothérapie. Par attestation du 27 août 2015, la Dre O._____ a prolongé l'arrêt de travail de l'assurée du 1^{er} septembre au 2 octobre 2015.

Le 23 septembre 2015, U._____ a rempli un formulaire de détection précoce pour l'assurée à l'attention de l'assurance-invalidité (AI), et mentionné comme problème de santé des douleurs « dans l'épaule suite à une chute du 26.04.2014 ».

Le 25 septembre 2015, après avoir examiné l'assurée ainsi que le rapport d'IRM de son épaule gauche, le Dr B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de capsulite rétractile et de rupture de plus de 50 % de l'épaisseur du tendon sus-épineux de l'épaule gauche. Le Dr B._____ estimait que la lésion du tendon ne cicatriserait pas. Il a prescrit un arrêt de travail à l'assurée du 24 septembre à la fin de l'année 2015, compte tenu de sa profession d'aide-infirmière.

Par formulaire de demande du 3 novembre 2015, l'assurée a sollicité des prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Elle a décrit son atteinte à la santé comme étant une inflammation de l'épaule « avec tendon déchiré », due à un accident en avril 2014, avec péjoration depuis le mois de juillet 2015.

Par courrier du 12 novembre 2015, le Dr B._____ a informé la Dre O._____ qu'il confirmait ses diagnostics, qu'il ne préconisait pas d'intervention chirurgicale avant que l'assurée ne récupère davantage de souplesse, et qu'il prescrivait la prolongation de l'arrêt de travail jusqu'au 31 janvier 2016.

Le 25 novembre 2015, l'assurée a rempli le formulaire de détermination du statut à l'attention de l'OAI. Elle a indiqué que si elle n'était pas atteinte dans sa santé, son taux d'activité serait de 50 % depuis le mois d'octobre 2013, pour des raisons financières.

Selon le questionnaire pour l'employeur, complété par U._____ le 9 décembre 2015, l'horaire de travail hebdomadaire normal dans l'entreprise était de 41,5 heures, l'assurée était employée à raison de 20,75 heures par semaine, et était en arrêt de travail depuis le 14 juillet 2015. Elle réalisait un salaire annuel de 36'473 fr. 05 depuis le 1^{er} janvier 2015, qui correspondait à son rendement. Les tâches de l'assurée étaient principalement d'administrer des soins de base (34-66 %

de l'activité), et l'aide au ménage (6-33 % de l'activité). Elle était en position assise et marchait durant 1 à 5 % du temps de travail, restait debout et devait soulever ou porter des charges de moins de 10 kg durant 34 à 66 % du temps de travail, et porter ou soulever des charges moyennes, soit entre 10 et 25 kg durant 6 à 33 % du temps de travail. Ses tâches requéraient de grandes capacités de concentration, d'endurance, de soin et de faculté d'interprétation.

Par rapport à l'OAI du 9 décembre 2015, la Dre O._____ a indiqué que l'assurée présentait une capsulite rétractile de l'épaule gauche depuis le 12 juin 2015, mais que l'accident remontait au 26 avril 2014. Les douleurs de l'épaule gauche et une petite raideur étaient apparues en mai 2014. En juin 2015, il y avait eu une dégradation de l'état de l'épaule avec une capsulite rétractile et une rupture partielle du tendon sus-épineux. À la question « D'un point de vue médical, l'activité exercée est-elle encore exigible ? », la médecin avait répondu par la négative et précisé : « impossibilité à 100 % ». Le rendement de l'assurée était réduit, car elle ne pouvait pas porter de charges lourdes. Elle ne pouvait pas prendre en charge les personnes âgées, son épaule gauche était « raide, douloureuse avec limitation fonctionnelle ». La Dre O._____ a indiqué que les restrictions énumérées pouvaient être réduites dans un travail sans manutention, sans port de charges lourdes et que dans une telle situation, l'assurée présenterait une capacité de travail de 100 %.

Par courrier du 14 janvier 2016, le Dr B._____ a informé la Dre O._____ que l'évolution de l'assurée était objectivement et subjectivement favorable. Le Dr B._____ a estimé qu'une intervention chirurgicale était désormais indiquée, à savoir une réparation du tendon sus-épineux par technique double rangée, avec synovectomie partielle, ténodèse du long chef du biceps et acromioplastie par arthroscopie. Le Dr B._____ a prolongé l'arrêt de travail jusqu'à la date de l'opération.

L'assurée a subi l'opération de l'épaule précitée le 5 avril 2016, comme prévu. Le Dr B._____ a indiqué à la Dre O._____ le

8 avril 2016, date du retour de l'assurée à son domicile, que l'évolution était simple et afébrile.

Le Dr K._____, spécialiste en médecine interne générale (également médecin traitant de l'assurée, exerçant dans le même cabinet que la Dre O._____), a fourni un rapport à l'OAI le 12 juin 2016. Dans ce rapport, le médecin mentionne que l'assurée souffre d'un syndrome lombo-vertébral chronique fluctuant, avec status après hémilaminectomie L5-S1 le 23 août 2004 pour hernie discale lombaire gauche L5-S1. Au sujet de cette intervention, le Dr Q._____ avait précisé le 24 septembre 2013 que l'assurée présentait une petite faiblesse résiduelle du mollet gauche, associée à une hyporéflexie achilléenne relative.

Sollicité par l'OAI, le Dr B._____ a exposé le 29 juin 2016 que l'évolution de l'assurée était objectivement et subjectivement favorable. L'assurée présentait une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle et était en arrêt de travail à 100 % depuis la date de l'intervention.

Par certificat du 22 août 2016, le Dr B._____ a attesté la capacité de l'assurée de reprendre le travail à « 20 % (travail à 50 %) » dès le 5 septembre 2016. Le 4 octobre 2016, l'employeur de l'assurée a confirmé à l'OAI que le taux d'activité de l'assurée était de 20 % d'un travail à 100 % dès cette date.

Par communication du 5 octobre 2016, l'OAI a informé l'assurée qu'il considérait que des mesures d'intervention précoce n'étaient pas indiquées dans sa situation et qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible en l'état, car elle avait repris son activité à 20 % et que des mesures de reclassement professionnel n'étaient pas nécessaires.

Le 10 novembre 2016, le Dr B._____ a fait savoir au médecin-conseil de l'assureur-accidents que comme l'assurée était aide-soignante à domicile, où elle devait porter des charges, faire des transferts

de personnes, ce qui était « un travail lourd », il estimait qu'il était pour le moment « impossible de la remettre à 100 %, elle [était] gardée à 20 % de son 50 % ».

Le Dr B._____ a informé l'OAI le 27 mars 2017 que l'évolution de l'assurée était favorable. Il a précisé ce qui suit, au sujet de la capacité de travail dans l'activité habituelle :

« Arrêt de travail à 100 % depuis le 5 avril 2016. Reprise à 20 % d'un 100 %, alors que la patient [sic] travaille à 50 %, le 5 septembre 2016. Reprise à 30 %, 3 matins/semaine, depuis le 1^{er} février 2017. Reprise à 100 % d'un 50 % le 6 mars 2017 ».

Sur mandat de l'OAI, une enquête économique sur le ménage a été diligentée chez l'assurée, le 20 septembre 2017. Aucune limitation fonctionnelle ne figure parmi les informations dont disposait l'enquêtrice avant la visite. Lors de l'enquête, l'assurée a indiqué que la mobilité de son épaule gauche était réduite, elle évitait le port de charges à domicile, ce qu'elle ne pouvait pas faire au travail. Elle n'avait aucune limitation fonctionnelle psychique. L'assurée a expliqué qu'elle avait besoin d'un revenu pour compléter le budget familial et financer les études universitaires de son fils, commencées en 2017, puisqu'il n'avait pas le droit à l'octroi d'une bourse. Elle a précisé à l'enquêtrice que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 80 % par nécessité financière, car elle avait du temps à disposition vu l'âge de son fils. L'assurée a expliqué avoir déjà postulé à diverses offres d'emplois depuis plusieurs années dans des activités à des taux d'occupation de 80 ou 100 %, sans succès. Elle avait été freinée dans ses projets professionnels par ses problèmes de dos puis son accident de 2014. Elle souhaitait se réorienter dans une activité qui solliciterait moins son épaule gauche et son dos. Le statut de l'assurée a à été évalué à une part active de 80 % et une part ménagère de 20 %. Après avoir détaillé les diverses tâches ménagères de l'assurée et des membres de son ménage, l'enquêtrice a conclu à un taux d'empêchement ménager de 15,4 % pour la période allant d'avril 2014 à mars 2017, et de 6,2 % dès le mois d'avril 2017, soit après la reprise de son activité professionnelle à son taux d'activité contractuel.

Faisant suite à une demande de l'OAI, l'assurée a fourni le 2 avril 2018 des preuves de ses dernières recherches d'emploi, ainsi qu'une liste d'offres d'emploi auxquelles elle avait postulé, mais dont elle n'avait pas conservé les réponses négatives.

Par avis médical du 13 novembre 2018, le Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR) a considéré ce qui suit :

« Notre position : au vu de ce dossier et des atteintes de l'épaule G [réd. : gauche] principalement et de son poste d'auxiliaire de santé polyvalente en EMS, nous pensons que la CTAH [réd. : capacité de travail dans l'activité habituelle] est bien de 50 % max., mais de 100 % dans une AA [réd. : activité adaptée], à 6 mois de l'opération du 15.03.16. Nous vous proposons de conclure comme suit.

Synthèse : l'IT [réd. : incapacité de travail] durable est fixée au 14.07.15. L'IT est de 100 % depuis, de 20 % dès le 05.09.16 (à 6 mois - ce qui est la règle), puis de 30 % dès le 01.02.17, de 50 % dès le 06.03.17. La CTAH est de max. 50 %. Mais dans une AA, elle est de 100 % dès le 05.09.16, à 6 mois de l'op. du 10.03.16. Les LF seraient les suivantes : inapte mouvements répétitifs du bras G, port de charges lourdes sup. à 5 kg, mouvement en abduction élévation du MS [réd. : membre supérieur] G ».

Le 27 novembre 2018, un entretien mené par l'OAI a eu lieu au domicile de l'assurée, en présence de son mari, afin d'informer cette dernière des conclusions du SMR. Lors de cet entretien, le couple est décrit comme étant énervé par l'intervenant de l'OAI dans son rapport. L'assurée avait réitéré ses propos selon lesquels elle était prête à travailler davantage qu'à son taux d'occupation de 50 %. L'intervenant indiquait qu'avec son accord, un délai de réflexion avait été fixé pour décider de la suite à donner au dossier, soit une mesure en vue d'exercer une activité lucrative à un taux supérieur, une aide au placement ou aucune aide. L'intervenant mentionnait en fin de rapport : « Pour information, elle a eu un accident professionnel vers le 15.10.18, elle s'est tapé le genou G et est actuellement en IT. Cette IT ne devrait pas perdurer ».

Le 13 décembre 2018, lors d'un entretien téléphonique, l'assurée a indiqué qu'elle ne souhaitait pas quitter son emploi car elle avait besoin de ce revenu pour vivre ; ce que lui proposait l'OAI était trop vague. L'intervenant de l'OAI lui a répondu que « le préjudice [n'était] pas

très important » et que l'OAI pourrait entrer en matière pour une formation de six à douze mois, à déterminer en fonction de son investissement personnel pour cette formation.

B. Par projet de décision du 19 février 2019, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui octroyer une demi-rente d'invalidité limitée dans le temps, du 1^{er} juillet au 31 décembre 2016, basée sur un degré d'invalidité de 58 %. L'OAI retenait que l'assurée avait présenté une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 14 juillet 2015, et qu'à l'issue du délai d'attente d'une année, soit le 14 juillet 2016, elle présentait une incapacité de travail et de gain totale dans toute activité. Elle était alors active à 50 % et consacrait le reste de son temps à ses tâches ménagères, pour lesquelles elle était empêchée à 15.4 %. Son degré d'invalidité se montait ainsi à 57.7 % ($[50 \times 100 / 100] + [50 \times 15.4 / 100]$).

Dès le 5 septembre 2016, compte tenu de l'amélioration de l'état de santé de l'assurée, une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée était raisonnablement exigible de sa part, de sorte que le préjudice économique devait être calculé à nouveau. Compte tenu du revenu qu'elle réalisait à 50 % sans atteinte à la santé (36'728 fr. 36) et de celui qu'elle pouvait prétendre dans une activité adaptée, correspondant au salaire que peut percevoir une femme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services, à 50 % (27'290 fr. 57.), sa perte de revenu s'élevait à 9'437 fr. 79 (36'728,36 - 27'290,57), ce qui correspondait à un degré d'empêchement dans la part active de 25,7 % ($9'437,79 / 36'728,36 \times 100$). Pondéré, le degré d'invalidité dès le 5 septembre 2016 s'élevait à 20,55 % ($[50 \times 25,7 / 100] + [50 \times 15,4 / 100]$). Ce degré d'invalidité n'ouvrait plus le droit à une rente, qui devait prendre fin trois mois après la date à laquelle les conditions n'étaient plus remplies, soit dès le 31 décembre 2016.

Dès le mois de septembre 2017, compte tenu de la rentrée universitaire de son fils, l'assurée avait indiqué qu'elle cherchait un emploi

à 80 %, ce qui conduisait l'OAI à effectuer un nouveau calcul du préjudice économique, tenant également compte de l'empêchement ménager réduit dès le mois d'avril 2017, aboutissant à un degré d'invalidité pondéré de 21,84 % ($[80 \times 25,7 / 100] + [20 \times 6,4 / 100]$), qui n'ouvrait pas le droit à la rente.

L'OAI avait ensuite calculé à nouveau le degré d'invalidité de l'assurée à partir du 1^{er} janvier 2018, en raison de l'entrée en vigueur de la nouvelle méthode d'évaluation de l'invalidité pour les personnes partiellement actives et partiellement ménagères, avec un taux d'activité théorique de 100 %, indexé à 2018. Le résultat de ce calcul aboutissait également à un degré d'invalidité pondéré de 21.84 %, qui n'ouvrait pas le droit à une rente.

S'agissant des mesures, l'OAI a indiqué dans le projet de décision : « Vous nous avez indiqué avoir repris une activité lucrative à 50 % dès le mois de mars 2017. Ne souhaitant pas d'aide de notre part, nous considérons que des mesures professionnelles ne sont pas nécessaires ».

Le 27 février 2019, l'OAI a transmis une copie du dossier de l'assurée à Me Olivier Carré, représentant désormais cette dernière. L'assurée a fait valoir, sous la plume de son conseil, ses objections au projet de décision de l'OAI par courrier du 22 mars 2019. Elle a contesté la façon dont l'instruction avait été conduite, spécialement par le gestionnaire qui lui avait rendu visite à son domicile, dont le contenu du rapport était contesté. Elle était intéressée à l'idée d'une reconversion professionnelle, au sujet de laquelle elle n'avait pas été suffisamment renseignée. Le calcul de la perte de gain effectué par l'OAI ne tenait pas compte d'un abattement pour perte de rendement ; or, elle avait été soulagée d'une partie de ses tâches par son employeur, qui avait été arrangeant jusqu'alors, sans qu'elle ne puisse nécessairement compter sur cette adaptation sur le long terme. Elle estimait qu'un abattement de 15 % à ce titre se justifiait. En outre, l'OAI n'avait pas tenu compte du fait que l'assurée envisageait de porter son taux d'activité à 80 % en 2014

déjà, puis à 100 %. De plus, l'examen de sa capacité de travail ne prenait pas en compte ses diverses atteintes, dorsales et du genou gauche. Il convenait d'évaluer concrètement sa capacité de travail, voire d'organiser une expertise pluridisciplinaire. L'assurée a requis qu'un délai supplémentaire lui soit accordé, avant la reddition de la décision, afin qu'elle puisse produire des renseignements médicaux supplémentaires.

À la suite de plusieurs échanges de courriers, l'assurée a indiqué à l'OAI, par courrier du 12 août 2019, qu'elle s'apprêtait à consulter un psychiatre en raison d'une nouvelle atteinte, qui s'était développée à tout le moins depuis quelques mois et qui présentait « toutes les caractéristiques d'une dépression ». Elle a par ailleurs rappelé qu'elle souffrait de problèmes de genou persistants et qu'elle allait devoir subir une opération. Elle a produit plusieurs documents à cet égard, dont un rapport du 25 avril 2019 rédigé par le Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, à l'attention de l'assureur-accidents et dont il ressort ce qui suit :

« Par la présente, je vous informe avoir examiné, en date du jeudi 25 avril 2019, votre assurée précitée, adressée par son médecin traitant, le Dr K._____, pour un 2^e avis après celui du Dr F._____, sollicité en mars dernier, dans les suites douloureuses d'un traumatisme survenu dans le cadre professionnel le 15 octobre 2018, comme auxiliaire de santé en soins à domicile, alors qu'elle portait des surchaussures dans une salle de bain, elle glisse avec une chute en avant par perte d'équilibre de sa hauteur, avec une violente contusion des deux genoux à prédominance gauche. Elle a toutefois pu se relever immédiatement et s'est rendue auprès des urgences de la Clinique [...] ayant terminé sa tournée de soins. [...]

Un bilan radiologique par IRM est pratiqué le 6 novembre 2018, évoquant une rupture d'un kyste de Baker, une tendino-bursite du semi-membraneux et de la patte d'oie de proximité et une chondromalacie rétropatellaire. [...]

Ce tableau clinique douloureux persistant le long du membre inférieur gauche, dans les suites du traumatisme professionnel en date du 22.10.2018, correspond à la souffrance du creux poplité après rupture d'un kyste de Baker, à l'endroit d'une bursite gastrocnemius/semi-membraneux, objectivée par examen IRM le 6 novembre 2018, ayant participé à l'irritation, en l'occurrence l'induration de la loge musculaire jambière postérieure, telle qu'évoquée dans l'anamnèse, à des phénomènes rétractiles entretenant la souffrance rétropatellaire suffisamment importante pour expliquer l'épanchement encore bien présent et manifestement récidivant.

Ce tableau clinique intervient dans un contexte de pied creux bilatéral, asymétrique à prédominance gauche, associé à une rétraction significative des chaînes postérieures, avec un valgus verrouillé de l'arrière-pied du côté gauche, un collapsus des arbalétriers internes et une boiterie d'épargne persistante, incompatible encore actuellement avec une reprise de travail, même à temps partiel.

Ce tableau clinique justifie une prise en charge chirurgicale à visée décompressive [...].

Il faudra par ailleurs certainement envisager, dans un deuxième temps, la confection de consoles d'équilibration des arrière-pieds, à visée anti-valgus du côté gauche, si la libération musculo-tendineuse s'avère insuffisante ».

L'assurée a également transmis à l'OAI un courrier du 15 août 2019 du Dr K. _____, dont l'on extrait ce qui suit (sic) :

« Mme S. _____ a fait confectionner les orthèses d'équilibration des arrière-pieds, prescrites par le Dr T. _____, et les a portées scrupuleusement durant 1 mois dès début juillet.

Contre toute attente, cela a eu pour effet de réveiller des douleurs importantes au niveau du rachis dorso-lombaire, de la hanche G et de la voute plantaire G.

Elle présente également une exacerbation des douleurs de son genou gauche, des deux cotés de la rotule et au creux poplité.

Elle continue son traitement de physiothérapie pour son genou et et recommencé à prendre de bonnes doses d'anti-inflammatoires.

A l'examen clinique, on note d'importantes contractures musculaires étagées para-vertébrales dorso-lombaire et des trapèzes. Au niveau du genou gauche, absence d'épanchement intra-articulaire, mais palpation des ailerons rotuliens très douloureuse, signes francs de syndrome rotulien et présence d'un très probable kyste poplité, douloureux.

Cette évolution défavorable au plan musculo-squelettique l'affecte beaucoup. Elle prend toujours son traitement anti-dépresseur et un premier rendez-vous chez notre confrère G. _____, psychiatre, est prévu le 20 août prochain. Dans ces conditions, son aptitude au travail est actuellement nulle ».

L'OAI a fait savoir à l'assurée par courrier du 6 janvier 2020 qu'il considérait ses objections dépourvues d'éléments médicaux lui permettant de revoir sa position.

Par courrier du 10 janvier 2020, l'assurée a informé l'OAI qu'une maladie de Lyme « venait de lui être diagnostiquée », « par des tests sur des prélèvements sanguins ». Elle requérait un complément d'instruction sur ce point. Elle a joint à son envoi plusieurs documents

médicaux, dont un rapport du Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, daté du 29 novembre 2019. Le Dr G._____ indiquait que l'assurée avait répondu favorablement mais partiellement au traitement antidépresseur que lui avait prescrit son médecin traitant, raison pour laquelle ce dernier lui avait conseillé de consulter un médecin psychiatre. Le Dr G._____ suivait l'assurée aux plans psychiatrique et psychothérapeutique à un rythme hebdomadaire depuis le mois d'août 2019. Il confirmait le diagnostic d'épisode dépressif (F32.10), en rémission partielle. D'un point de vue symptomatique il notait un ralentissement psychomoteur avec des difficultés de concentration et d'initiative, des séquelles cognitives de l'épisode dépressif avec principalement une fatigabilité et une difficulté de concentration résiduelle. L'assurée présentait également des craintes face à l'avenir, une grande anxiété quant à son futur professionnel et à sa capacité à reprendre un jour une activité et d'assumer la pression émotionnelle liée. Pour le médecin, la situation psychiatrique justifiait à ce stade un arrêt de travail. La problématique psychiatrique était surajoutée et temporaire et il était probable que la problématique somatique soit plus handicapante sur le long terme.

L'assurée a également transmis à l'OAI un rapport d'IRM du genou gauche du 4 octobre 2019 et un rapport du 10 octobre 2019 établi par le Dr R._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, à qui le Dr K._____ l'avait adressée pour ses gonalgies gauches persistantes après traumatisme en octobre 2018. L'IRM du 4 octobre 2019 avait révélé une augmentation de la taille du kyste poplité, l'apparition d'une petite tendino-bursite du semi-membraneux et une nette aggravation de la tendino-bursite de la patte-d'oie, ainsi que l'aggravation de la péri-méniscite modérée du ménisque médial sans déchirure méniscale associée ; la chondromalacie patellaire était stable. Le Dr R._____ avait proposé à l'assurée une infiltration sous échographie du kyste poplité.

À la suite de divers échanges entre l'OAI et le conseil de l'assurée, ce dernier a demandé par courrier du 10 mars 2020 de

connaître les raisons pour lesquelles les dernières pièces médicales fournies par l'assurée n'avaient pas été soumises au SMR. Par courrier du 6 avril 2020, l'OAI a invité l'assurée à exercer son droit de recours auprès de la Cour de céans. Me Carré a notamment relevé, par courrier du 27 avril 2020, qu'aucune décision formelle n'avait été rendue.

C. Par décision du 8 mai 2020, adressée à l'assurée, l'OAI a octroyé à cette dernière une demi-rente ordinaire d'invalidité pour la période du 1^{er} juillet au 31 décembre 2016, ainsi qu'une rente pour enfant en faveur de son fils. La motivation de cette décision était identique à celle contenue dans le projet de décision du 19 février 2019 (let. B ci-avant).

D. Le 10 juin 2020, S._____, représentée par son conseil Me Olivier Carré, a déposé un recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant principalement à son annulation, ainsi qu'à l'octroi d'une rente d'invalidité complète à partir du 1^{er} juillet 2016 et au-delà du 31 décembre 2016. Subsidiairement à l'octroi d'une rente, elle a conclu au renvoi du dossier à l'autorité intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.

L'assurée a reproduit plusieurs de ses courriers à l'attention de l'OAI au sein de son acte de recours, et fait valoir un vice de notification de la décision, qui n'avait pas été adressée à son conseil, l'insuffisance de l'instruction menée par l'OAI, et la mauvaise application de la méthode de calcul du degré d'invalidité. Au titre de mesures d'instruction, elle a requis la tenue d'une audience avec audition de témoins, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Elle a en outre évoqué la possibilité d'un nouveau diagnostic de fibromyalgie.

Dans sa réponse du 7 août 2020, l'OAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision entreprise. Il a entre autres rappelé que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, l'assurée présentait une capacité de travail entière dès le 5 septembre 2016, soit

six mois après son opération de l'épaule gauche. L'intimé a admis que la décision attaquée aurait dû être notifiée au représentant de l'assurée ; toutefois, cette erreur ne l'ayant pas empêchée de recourir auprès de la Cour de céans, l'annulation de la décision pour ce motif n'était pas justifiée. Par ailleurs, l'assurée ne fournissait aucun élément susceptible d'amener l'intimé à modifier son instruction médicale et économique.

Par réplique du 13 novembre 2020, l'assurée a maintenu sa position et ses requêtes de mesures d'instruction. Elle a en outre produit trois nouvelles pièces, à savoir deux courriers de sa Caisse de pensions et un rapport du 4 mai 2020 du Dr K._____, à l'attention de l'assureur-accidents, dont l'on extrait ce qui suit :

« **1) Diagnostics :**

- Syndrome douloureux chronique diffus
- Troubles dépressifs
- Syndrome lombo-vertébral chronique, discopathie sévère L5-S1
- Tendino-bursites genou G, kyse [sic] poplité
- Arthrite de Lyme du genou G possible
- Rhinoconjonctivite et asthme allergique

[...]

7) Evolution clinique

[...] L'évolution a été marquée par la persistance de douleurs de ce genou, qui au printemps 2019 a motivé 2 avis orthopédiques contradictoires, avec développement de phénomènes inflammatoires pré-articulaires (l'assurance accident ne prend plus en charge le cas). [...]

Cependant, depuis l'été 2019, Madame S._____ se plaint d'une augmentation de douleurs du rachis, lombaires connues, mais également de la nuque et des ceintures scapulaires et pelviennes. Elle décrit également une ankylose matinale des mains, dont les doigts sont un peu enflés, ce qui est nouveau. J'ai demandé un avis à la Drsse C._____, rhumatologue à [...], qui ne trouve assez d'éléments cliniques et paracliniques pour un rhumatisme articulaire actif [...] Le complément de bilan biologique suggéré, a toutefois mis en évidence une sérologie pour la borréliose douteuse, raison pour laquelle j'ai prescrit un traitement de 4 semaines de doxycycline dès le 19.12.2019. Elle a constaté une amélioration de son genou G (diminution enflure et douleurs) mais persistance des autres douleurs.

[...]

Madame S._____ présente également une importante fatigue, des troubles du sommeil, des troubles mnésiques et de l'attention modérés, et divers [sic] somatisations.

On est donc bien en face d'un tableau de fibromyalgie, dont la patiente remplit tous les critères.

8) Capacité de travail

Incapacité de travail persistant à 100 % dans sa profession habituelle d'ASSC, ainsi que dans une activité adaptée, pour le moment ».

Dans sa duplique du 1^{er} décembre 2020, l'intimé a maintenu ses conclusions et pris position en particulier sur le rapport du Dr K. _____ du 4 mai 2020, indiquant que les atteintes des membres supérieur et inférieur gauches étaient connues. Sur le versant psychique, la situation avait été décrite comme surajoutée et temporaire par le Dr G. _____ le 29 novembre 2019. S'agissant du diagnostic de fibromyalgie, ce dernier n'avait pas été posé par un spécialiste et aucun examen probant des critères jurisprudentiels en matière de troubles somatoformes douloureux n'avait été effectué. L'intimé ne retenait dès lors pas d'absence de capacité de travail sur la base des propos du Dr K. _____.

L'assurée s'est spontanément déterminée le 9 décembre 2020 sur la duplique de l'OAI. Elle a maintenu sa position et relevé que le Dr G. _____ avait estimé que la situation psychiatrique justifiait un arrêt de travail. Elle a constaté que l'OAI avait admis *de facto* l'aspect incomplet de son instruction, s'agissant des troubles somatoformes douloureux.

Le 19 mai 2021, l'assurée a transmis trois nouvelles pièces à la Cour de céans. Le Dr K. _____ attestait son incapacité de travail totale pour cause de maladie du 22 avril au 22 juin 2021. L'assurée a en outre produit son extrait de compte individuel auprès de la Caisse cantonale vaudoise de compensation, daté du 23 avril 2021 et comportant des entrées de revenus entre 1990 et 2020. La recourante a relevé que la décision entreprise mentionnait de manière erronée 23 années de cotisations, ce qui était de nature à affecter négativement le montant de ses rentes et potentiellement son salaire moyen. Elle a dès lors formulé une nouvelle conclusion, à savoir : « En tout état de cause, renvoyer le dossier à l'autorité intimée pour la nouvelle calculation des prestations de rente, y compris arriérées [...] ».

La juge instructrice a imparti un délai au 11 juin 2021 à l'intimé pour prendre position sur le courrier précité de la recourante.

Le 27 mai 2021, la recourante a produit un rapport du Dr K._____ daté du 25 mai 2021, établi à l'attention de l'assurance-accidents. Il rapportait entre autres que le tableau clinique complexe de l'assurée évoquait en premier lieu un syndrome fibromyalgique. Le Dr K._____ indiquait qu'une infiltration de corticoïde avait été effectuée pour le genou gauche de l'assurée en novembre 2019. Il reproduisait en outre en grande partie son rapport du 4 mai 2020 à l'assurance-accidents.

Par courrier du 7 juin 2021, l'intimé a indiqué que des informations complémentaires avaient été sollicitées auprès de la caisse de compensation compétente. Le 14 juin 2021, l'intimé a transmis à la Cour la réponse de la caisse de compensation, datée du 9 juin 2021, confirmant le bien-fondé de son calcul de rente. L'intimé a en outre maintenu ses conclusions.

Le 15 juillet 2021, la recourante a transmis à la Cour de céans un rapport du Dr X._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, établi à l'attention du Dr K._____ le 22 juin 2021. Ce médecin notait les diagnostics de syndrome douloureux chronique remplissant les critères d'une fibromyalgie, de chondropathie patellaire du genou gauche, de status après réparation de la coiffe des rotateurs avec une limitation modérée de la mobilité de l'épaule gauche. Le tableau clinique n'était toujours pas évocateur d'un rhumatisme inflammatoire ou d'une connectivite. La sérologie légèrement positive pour la borréliose ne permettait pas de poser le diagnostic d'arthrite de Lyme.

L'intimé ne s'est pas déterminé plus avant.

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. a) Sur le plan formel, la recourante fait valoir un vice de notification de la décision. Elle soutient que l'envoi de décisions de l'OAI directement aux assurés au mépris de mandats de représentation juridique serait de plus en plus fréquent, et que l'annulation de la décision entreprise pour ce motif aurait un effet de semonce sur l'intimé.

b) Il résulte d'un principe général de procédure, codifié notamment à l'art. 11 al. 3 PA (loi fédérale sur la procédure administrative ; RS 172.021, applicable par renvoi de l'art. 55 al. 1 LPGA), que tant qu'une partie ne révoque pas sa procuration, l'autorité adresse ses communications au mandataire.

La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour les parties (art. 38 PA). Cependant la jurisprudence n'attache pas nécessairement la nullité à l'existence de vices dans la notification ; la protection des parties est suffisamment garantie lorsque la notification irrégulière atteint son but malgré cette irrégularité. Il y a donc lieu d'examiner au regard de l'ensemble des circonstances si la partie intéressée a réellement été induite en erreur par l'irrégularité de la notification et a, de ce fait, subi un préjudice. Il convient à cet égard de s'en tenir aux règles de la bonne foi qui imposent une limite à l'invocation du vice de forme (ATF 122 I 97 consid. 3a/aa, 111 V 149 consid. 4 et les

références). Cela signifie notamment qu'une décision, fût-elle notifiée de manière irrégulière, peut entrer en force si elle n'est pas déférée au juge dans un délai raisonnable. Dans ce contexte, le Tribunal fédéral a précisé que si une décision est notifiée, à tort, en mains de l'assuré plutôt qu'au représentant qu'il a désigné à l'autorité, l'assuré doit en principe faire diligence et se renseigner auprès de son mandataire au plus tard le dernier jour du délai de recours depuis la notification de la décision litigieuse ; il convient donc de faire courir le délai de recours dès cette date (TF 9C_296/2011 du 28 février 2012 consid. 5.1 et les références). L'autorité n'est pas tenue de procéder à une nouvelle notification et ne commet pas de déni de justice en refusant d'y procéder (TF 9C_259/2011 du 12 décembre 2011 consid. 4).

c) En l'espèce, il n'est pas contesté que la recourante était représentée par Me Carré dans le cadre de la procédure administrative. Elle en a informé l'OAI le 25 février 2019 et lui a transmis sa procuration avec élection de domicile. L'intimé a pourtant adressé sa décision du 8 mai 2020 à l'assurée uniquement, contrairement aux principes développés ci-avant, ce qui n'est pas contesté. Pour autant, la recourante a informé son conseil de la réception de la décision le jour même, soit le 13 mai 2020 (cf. pièce n° 2 produite avec le recours). Me Carré a signalé le vice à l'intimé, qui lui a transmis un exemplaire de la décision le 15 mai 2020. La recourante a pu déférer la décision litigieuse devant la Cour de céans en temps utile, dans le délai de recours. L'absence de notification au mandataire n'a donc, *in casu*, pas causé de préjudice à la recourante, de sorte que l'annulation de la décision pour ce motif ne saurait être justifiée. Au surplus, les revendications de la recourante s'agissant d'une éventuelle systématisation et fréquence croissante des erreurs de notification au sein de l'intimé sortent de l'objet du présent litige.

3. 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 134 V 418 consid. 5.2.1 ; 125 V 413 consid. 2c ; TF 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1).

b) Sur le fond, le litige porte en l'occurrence sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur son degré d'invalidité après le 1^{er} juillet 2016.

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 al. 1 LPGA, dans sa version en vigueur au 31 décembre 2020, applicable par renvoi de l'art. 82a 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).

À teneur de l'art. 29ter RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant 30 jours consécutifs au moins.

Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % au moins 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 LPGGA).

c) Lorsqu'un office de l'assurance-invalidité rend simultanément et avec effet rétroactif, en un ou plusieurs prononcés, des décisions par lesquelles il octroie une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée, il règle un rapport juridique complexe : le prononcé d'une rente pour la première fois et, simultanément, son augmentation, sa réduction ou sa suppression par application par analogie de la procédure de révision de l'art. 17 LPGGA. Même si le recourant ne met en cause la décision qu'à propos de l'une des périodes entrant en considération, c'est le droit à la rente pour toutes les périodes depuis le début éventuel du droit à la rente jusqu'à la date de la décision qui forme l'objet de la contestation et l'objet du litige dans cette situation (ATF 125 V 413 consid. 2d).

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).

A contrario si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 2 RAI). L'art. 29bis RAI est toutefois applicable par analogie, ainsi si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28, al. 1, let. b, LAI, celle qui a précédé le premier octroi.

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).

d) Il y a nouveau cas d'assurance lors de la survenance d'une atteinte à la santé totalement différente de celle qui prévalait au moment du premier refus de prestations et propre, par sa nature et sa gravité, à causer une incapacité de travail de 40 % au moins en moyenne sur une année (ATF 136 V 369 consid. 3.1 et les références). Le principe de l'unicité de la survenance de l'invalidité cesse d'être applicable lorsque l'invalidité subit des interruptions notables ou que l'évolution de l'état de santé ne permet plus d'admettre l'existence d'un lien de connexité matérielle et temporelle entre les diverses phases, qui en deviennent autant de cas nouveau de survenance de l'invalidité (TF 9C_472/2016 du 29 novembre 2016 consid. 5.2 et les références citées).

5. a) 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).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

6. En l'espèce, sur le plan médical tout d'abord, la recourante reproche à l'OAI de ne pas avoir suffisamment instruit la cause.

L'intimé a considéré le droit à la rente de la recourante en deux temps, s'agissant de ses incapacités de travail.

a) Premièrement, dès la potentielle ouverture du droit, soit une année après la survenance de son incapacité de travail due à la rechute de son état de santé liée à l'accident de bateau du 26 avril 2014. En effet, l'incapacité de travail de la recourante liée à cet évènement, directement après celui-ci, avait pris fin en août 2014 et elle avait complètement recouvré sa capacité de travail, avant que son médecin traitant n'atteste une rechute, occasionnant une nouvelle période d'incapacité, dès le 14 juillet 2015. Une année après le début de cette incapacité, la recourante n'était pas capable de travailler, dans son activité habituelle comme dans une activité adaptée, de sorte que le droit à la rente était ouvert. L'atteinte déterminante concernait alors l'épaule gauche, qui présentait une capsulite rétractile et la rupture de plus de 50 % de l'épaisseur du tendon sus-épineux (cf. rapport du Dr B. _____ du 25 septembre 2015). Cette période n'est pas contestée sur le plan médical par la recourante et les certificats médicaux au dossier ne prêtent pas le flanc à la critique.

Il est à noter que dans son avis du 13 novembre 2018, le SMR n'avait pas retenu le syndrome lombo-vertébral à la suite d'une hémilaminectomie L5-S1 gauche et disectomie pour cure de hernie discale le 23 août 2004, mentionné par le Dr K. _____ (cf. rapport du 12 juin 2016) et n'a ainsi pas signalé de limitations fonctionnelles supplémentaires. Le SMR a principalement considéré les atteintes de l'épaule gauche. Toutefois, le diagnostic relatif au rachis est qualifié de chronique et de fluctuant par le Dr K. _____, il existe depuis 2004 au moins et ne permet *a priori* pas de retenir une incapacité de travail durable durant la période déterminante à ce stade de l'analyse. Le rapport du Dr T. _____ du 25 avril 2019, qui aborde cet aspect, ne contredit pas ce qui précède. En tout état de cause, les éventuelles limitations fonctionnelles qui pourraient être retenues en l'espèce en lien avec le rachis ne modifieraient pas les activités adaptées. En effet, les limitations fonctionnelles liées à l'atteinte de l'épaule ont amené le spécialiste de la réadaptation de l'OAI à retenir comme adaptées les activités légères dans le domaine de la production ou des services, des travaux simples de

gestion et d'organisation du travail ou de planification du travail, pour un CMS ou d'autres prestataires de services similaires. Le défaut de mention du syndrome lombo-vertébral de la recourante dans l'avis médical du SMR ne porte ainsi pas à conséquence à ce stade.

b) Deuxièmement, l'OAI a traité l'amélioration de l'atteinte physique de la recourante, fixée dès le 5 septembre 2016, à la suite de l'intervention pratiquée par le Dr B. _____ sur l'épaule gauche de la recourante.

À cet égard, le SMR et l'OAI indiquent à maintes reprises que cette date correspond à la fin d'une période de six mois après l'opération, alors que cette dernière a en réalité eu lieu le 5 avril 2016. Il existe en sus d'apparentes imprécisions entre les différents certificats médicaux concernant la reprise progressive du travail de la recourante (à 20 % d'un temps plein ou de son 50 %, cf. certificats du Dr B. _____ des 22 août et 10 novembre 2016, et du 27 mars 2017). Ces imprécisions ne portent toutefois pas à conséquence, puisque la recourante a pu reprendre son activité professionnelle, de manière progressive, dès le 5 septembre 2016, à 20 % d'un temps complet – ce qui correspond à 40 % de son taux contractuel – de sorte que son état de santé et sa capacité de travail se sont effectivement améliorés dès cette date (cf. attestations du Dr B. _____ du 22 août 2016 et du 27 mars 2017 et confirmation par l'employeur à l'OAI le 4 octobre 2016).

La recourante n'a ensuite pas présenté d'incapacité de travail jusqu'en octobre 2018, de sorte que cette amélioration était notable et qu'il était justifié qu'elle amène à la révision de la rente (consid. 4c *supra*). De l'avis du SMR du 13 novembre 2018, dès l'amélioration, la capacité de travail de la recourante était de 50 % au maximum dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité limitée aux limitations fonctionnelles (mouvements répétitifs du bras gauche, port de charges supérieures à 5 kg, mouvements en abduction et élévation du membre supérieur gauche). De manière concordante, la Dre O. _____ avait estimé

le 9 décembre 2015 que la recourante récupérerait sa capacité de travail entière dans une activité adaptée, après l'intervention chirurgicale.

Cette deuxième phase n'est pas contestée par la recourante sur le plan médical et là encore, les dates retenues ainsi que l'évaluation de la capacité de travail de la recourante peuvent être confirmés.

c) L'intimé n'a pas retenu de modification notable de la situation de la recourante après cette deuxième phase, s'agissant de son incapacité de travail. Or, il a rendu sa décision le 8 mai 2020, plus de trois ans après la survenance de l'amélioration précitée, et alors que diverses pièces au dossier suggéraient et rendaient plausible une modification subséquente de la capacité de travail de la recourante, dans le sens d'une aggravation.

aa) La recourante a été victime d'un accident professionnel le 15 ou le 22 octobre 2018 (selon les documents), lors duquel elle est tombée sur les genoux. Elle avait déjà mentionné cet accident à l'intervenant de l'OAI qui avait mené un entretien à son domicile le 27 novembre 2018. Ce dernier avait noté dans son compte-rendu, pour information, que la recourante s'était tapé le genou gauche et qu'elle était en arrêt de travail, qui « ne devrait pas perdurer ». Cet élément aurait indubitablement dû mener à une instruction supplémentaire de l'intimé.

La recourante a ensuite transmis diverses pièces à l'intimé, dans ses déterminations sur projet de décision. Elle a fait valoir un rapport d'IRM du genou du 6 novembre 2018, cité par plusieurs médecins, qui ne figure pas au dossier alors qu'il revêt une importance manifeste. Par courrier du 12 août 2019, elle a signalé une nouvelle atteinte, sur le plan psychiatrique, et a transmis à l'intimé un rapport du Dr T._____, qui relate le déroulement de l'accident et atteste l'incapacité de travail, ainsi que les diagnostics confirmés par IRM de rupture d'un kyste de Baker, de tendino-bursite du semi-membraneux et de la patte d'oie de proximité ainsi qu'une chondromalacie rétropatellaire. Selon ce médecin, une intervention chirurgicale était indiquée, dont on ne sait pas si elle a été

réalisée, ou si ce n'est pas le cas, pour quelles raisons. Il existait apparemment des avis médicaux contradictoires quant au genou gauche de la recourante, éventuelle ambiguïté qu'il conviendrait d'éclaircir (cf. rapport du Dr R._____ du 10 octobre 2019). Le Dr R._____ a prescrit une infiltration du kyste poplité en octobre 2019, sans que l'on en connaisse les résultats. La Dre C._____, spécialiste en rhumatologie, a examiné la recourante sur recommandation du Dr K._____, sans que l'on dispose de son rapport. Le rapport du Dr G._____ du 29 novembre 2019 contient l'indication que la recourante était en incapacité de travail attestée depuis mars 2019 sur le plan somatique, ce qui aurait dû être pris en compte. De plus, ce médecin indique d'une part que sur le plan psychique, une incapacité de travail était également justifiée, mais d'autre part que cette dernière atteinte était surajoutée et temporaire. Cette position mériterait d'être actualisée et clarifiée. Après le dépôt du recours, la recourante a produit des courriers de sa caisse de pensions, desquels il ressort qu'elle a été en incapacité de travail à 100 % du 15 octobre au 18 novembre 2018, à 50 % du 19 au 22 novembre 2018, à 100 % du 23 novembre au 31 décembre 2018, puis qu'elle a repris le travail au taux contractuel le 1^{er} janvier 2019, avant d'être à nouveau en arrêt complet dès le 6 mars 2019. Selon le Dr K._____, la recourante présenterait une augmentation de sa symptomatologie douloureuse du rachis, de la nuque et des ceintures scapulaire et pelvienne depuis l'été 2019 (cf. rapport du 4 mai 2020). Ces périodes et leurs conséquences sur la capacité de travail et l'invalidité de la recourante doivent faire l'objet de vérifications. Il en va de même des divers autres diagnostics qui ressortent des documents produits par la recourante, soit une possible maladie de Lyme (sérologie douteuse), et une fibromyalgie.

Il est à noter que ce dernier diagnostic, de fibromyalgie, a également été relevé par le Dr X._____, dans un rapport datant de plus d'un an après la décision attaquée. Pour que ce rapport puisse être pris en considération, il devrait avoir trait à la situation antérieure à la décision (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). Cela paraît toutefois douteux, puisque le Dr X._____ semble avoir vu la recourante pour la première fois à sa consultation du 21 juin 2021.

bb) On ne peut, en l'état du dossier de l'intimé, lequel s'avère particulièrement lacunaire pour la période concernée, confirmer les éléments retenus par ce dernier. En particulier, force est de constater que la recourante a fourni des éléments susceptibles de modifier les résultats de l'instruction, sur le plan médical, qui n'ont pas été soumis au SMR. Les atteintes du rachis et du membre inférieur gauche de la recourante, avant son dernier accident, étaient certes connues de l'assurance. Cependant, l'intimé n'a pas traité l'accident d'octobre 2018, ni ses conséquences. Or, il convient de s'interroger sur la survenance d'un éventuel nouveau cas d'assurance, qui ferait courir un délai de carence d'un an selon l'art. 28 al. 1, let. b, LAI, dont le point de départ devrait être fixé (art. 88a al. 2 *cum* 29bis RAI). Cette investigation s'impose ici, dans la mesure où l'on ignore si la chute a décompensé l'atteinte préexistante au genou gauche ou si les diagnostics mis en évidence par les IRM des 6 novembre 2018 et 4 octobre 2019 n'ont pas de lien avec l'atteinte de 2014. Il s'agit donc de compléter le dossier sur cette question, en actualisant les pièces médicales et en recueillant l'intégralité du dossier de l'assurance-accidents. Il en va de même s'agissant de l'augmentation des douleurs du rachis, entre autres, rapportée dès l'été 2019, et de ses conséquences éventuelles sur la capacité de travail de la recourante. Au sujet des diagnostics d'ordre psychiatrique, il conviendra de veiller à ce que le schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs, préconisé par la jurisprudence récente, soit respecté (ATF143 V 418).

Au surplus et comme constaté ci-avant, on ne connaît pas avec certitude la durée effective de l'incapacité de travail de la recourante compte tenu de la succession des pathologies qu'elle avance, ni comment sa capacité de travail a évolué depuis lors. Il s'agit donc d'actualiser le volet médical pour déterminer sa capacité de travail résiduelle avant de statuer sur son droit aux prestations pour la période subséquente à l'accident d'octobre 2018. En effet, la Cour de céans n'est pas en mesure de se prononcer sur la capacité de travail de la recourante pour cette période.

d) Les compléments ci-dessus sont indubitablement du ressort de l'intimé (art. 43 al. 1 LPGA), à qui il y a lieu de renvoyer la cause pour complément d'instruction et nouvelle décision pour la période débutant le 15 octobre 2018 (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

7. Quand bien même le recours doit être partiellement admis pour les motifs qui précèdent et renvoyé à l'intimé, le principe de l'économie de la procédure impose d'examiner le statut de la recourante.

a) Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93 ; TF 9C_693/2007 du 2 juillet 2008 consid. 3)

La réponse apportée à la question de savoir à quel taux d'activité la personne assurée travaillerait sans atteinte à la santé dépend de l'ensemble des circonstances personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelles (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et les arrêts cités). Cette évaluation doit également prendre en considération la volonté hypothétique de l'assuré qui en tant que fait interne ne peut faire l'objet d'une administration directe de la preuve et doit en règle générale être déduite d'indices extérieurs (TF 9C_64/2012 du 11 juillet 2012 consid. 5.2 in fine et la référence citée).

b) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). Par ailleurs, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Ce principe n'est toutefois pas absolu et sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 125 V 193 consid. 2 et les références citées). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références citées).

En droit des assurances sociales, s'applique de manière générale la règle dite des « premières déclarations ou des déclarations de la première heure », selon laquelle, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un état de fait, la préférence doit être accordée en général à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 142 V 590 consid. 5.2 ; 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C_238/2018 du 22 octobre 2018 consid. 6).

c) En l'occurrence, l'intimé a estimé que le statut de la recourante correspondait à une part active de 50 % et une part ménagère de 50 % jusqu'au mois d'août 2017, puis de 80 % et 20 % respectivement dès septembre 2017. Il a ainsi statué sur le degré d'invalidité de la recourante pour une troisième période, commençant dès le mois de

septembre 2017, date du changement de statut selon l'enquête ménagère.

d) La recourante conteste les statuts successifs qui ont été retenus par l'OAI. Elle fait valoir qu'avant la naissance de son fils, en 1999, elle travaillait à plein temps en milieu hospitalier. Elle s'est ensuite consacrée à son enfant et a repris son activité à mi-temps dès qu'elle a pu le faire. Au moment de l'accident du printemps 2014, elle envisageait de porter « très prochainement » son activité à un taux d'occupation de 80 %, puis à 100 %. L'invalidité économique aurait dû tenir compte d'un passage à temps plein. De plus, l'évaluation ménagère remontait à 2017, alors que la situation de santé de la recourante avait évidemment évolué depuis lors.

e) Les parts actives et ménagères de la recourante, telles que retenues par l'intimé, pour la période allant du 14 juillet 2016 au 31 août 2017, puis du 1^{er} septembre 2017 à la survenance de l'accident d'octobre 2018, peuvent être confirmées.

En effet, le dossier contient suffisamment d'indices en faveur de cette évaluation, conforme à la volonté hypothétique de la recourante d'augmenter son taux de travail (cf. consid. 7a *supra*). La recourante a déclaré à plusieurs reprises lors de l'enquête ménagère qu'elle souhaitait augmenter son taux de travail à 80 % afin de participer au financement des études de son fils. Elle avait besoin d'un revenu de 3'300 à 3'500 fr. par mois pour compléter le budget familial. Son fils entamait des études supérieures à la rentrée 2017 et n'avait pas droit à une bourse. La recourante a également indiqué que depuis plusieurs années, pour épargner son dos et son épaule, elle avait effectué diverses postulations, pour un taux d'occupation plus élevé, sans succès. Or, la liste des recherches d'emploi qu'elle a fournie à l'intimé révèle qu'elle a effectivement postulé à des postes à 80 - 100 %. Cependant, elle a listé six postulations en tout et pour tout, qui ont vraisemblablement toutes eu lieu en 2017 ou postérieurement (l'une contient l'indication qu'elle travaillait au CMS depuis quatorze ans, la réponse pour un autre poste

date de mars 2018). En outre, la recourante avait indiqué dans le formulaire de détermination du statut, en novembre 2015, que sans atteinte à sa santé, elle travaillerait à 50 %, pour des raisons financières. Il appert donc vraisemblable qu'à cette période elle ne cherchait pas activement un autre emploi à un taux plus élevé. Par ailleurs, la recourante ne formule pas de grief précis s'agissant du déroulement de l'enquête ou de changements précis qui auraient eu lieu depuis cette dernière, dans la répartition ou le genre des tâches ménagères, par exemple. La composition du ménage n'a vraisemblablement pas évolué. L'enquêtrice ne semble pas avoir disposé de la liste des limitations fonctionnelles médicales de la recourante (cf. introduction du rapport d'enquête et consid. 7a *supra*), toutefois la recourante les a rapportées lors de l'enquête et elles ont été prises en compte. Il se justifie donc, en vertu des principes développés ci-avant concernant la vraisemblance prépondérante et la règle des premières déclarations (cf. consid. 7b *supra*), de confirmer l'évaluation du statut de la recourante pour la période concernée.

Il est à relever toutefois, sans que cela n'impacte le droit à la rente *in casu*, que le taux d'empêchement retenu dans la motivation de la décision pour cette période, ne correspond pas à celui qui ressort de l'enquête ménagère. En effet, l'enquête fixait l'empêchement ménager à 6,2 % dès avril 2017, soit à la reprise du travail au taux contractuel. La recourante avait effectivement, de manière cohérente, pu reprendre certaines tâches ménagères qu'elle n'effectuait plus durant son incapacité de travail (l'empêchement était alors de 15,4 %). Or, la décision entreprise retient un taux d'empêchement ménager de 6,4 %. Cette erreur ne modifie cependant pas de manière déterminante le résultat mathématique du taux d'invalidité global ($[80 \% \times 25,7 \%] + [20 \% \times 6,2 \%] = 21,8 \% ;$ soit une différence de - 0,04 % avec le résultat retenu dans la décision).

f) L'OAI a effectué un nouveau calcul dès le 1^{er} janvier 2018, appliquant la nouvelle méthode d'évaluation de l'invalidité pour les personnes partiellement actives et partiellement ménagères (art. 27bis RAI), ce que la recourante ne critique pas. La remarque ci-dessus

s'agissant du taux d'empêchement ménager de 6,2 % s'applique également, sans que cela n'impacte de manière déterminante le résultat pour ce calcul non plus.

8. a) S'agissant du calcul du degré d'invalidité pour les périodes précédant l'accident d'octobre 2018, la recourante fait valoir qu'un taux d'abattement de 15 % aurait dû être appliqué, en raison d'une diminution de rendement. La recourante aurait été soulagée d'une partie de ses tâches par son employeur, et il n'était pas certain que ce soit toujours le cas.

La diminution de rendement de la recourante dans son activité habituelle (dont on pourrait d'ailleurs douter compte tenu du rapport de l'employeur, qui n'a pas signalé de diminution de rendement, cette information remontant toutefois à décembre 2015), n'est pas déterminante pour le calcul du degré d'invalidité. En effet, le fait que la recourante ne soit pas en mesure de travailler davantage qu'à 50 % dans son activité habituelle, en raison de ses limitations fonctionnelles, n'est pas contesté. En revanche, est déterminante du point de vue de la capacité de gain exigible de la recourante, sa capacité de travail dans une activité adaptée. Cette dernière est en l'occurrence entière pour la période considérée, et aucun élément de la cause ne rend vraisemblable qu'un quelconque taux d'abattement doive être appliqué au revenu avec invalidité.

b) Les autres termes du calcul du degré d'invalidité, qui n'ont pas été évoqués ci-avant, ne sont pas contestés par la recourante. Vérifiés d'office et dans la mesure de ce qui précède (spécialement consid. 7e *supra*), ils peuvent être confirmés. Le degré d'invalidité de la recourante s'élevait donc à 57,7 % dès le 14 juillet 2016, ce qui ouvrait le droit à une demi-rente d'invalidité, à 20,55 % dès le 5 septembre 2016, ce qui fermait le droit à la rente au 31 décembre 2016 (le seuil de 40 % n'étant pas atteint), à 21,8 % dès le mois de septembre 2017 et après le 1^{er} janvier 2018, ce qui ne rouvrait pas le droit à la rente (consid. 4a *supra*).

c) S'agissant de la période postérieure à l'accident d'octobre 2018, dès lors qu'un complément d'instruction est nécessaire concernant la situation médicale de la recourante, il appartiendra à l'intimé de reprendre les calculs du degré d'invalidité en fonction du résultat de l'examen complémentaire, cas échéant également par le biais d'une nouvelle enquête ménagère sur la base des atteintes et limitations fonctionnelles objectivées médicalement.

9. Dans un moyen soulevé après l'échange d'écritures, qui reste cependant dans l'objet du litige, la recourante a contesté le calcul de rente effectué par la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS, particulièrement s'agissant des années de cotisations.

Les explications de la caisse de compensation ne prêtent pas le flanc à la critique. En effet, il ne se justifiait pas de prendre en compte les revenus obtenus postérieurement à la survenance de l'invalidité ; ni ses années dites de jeunesse (1990 à 1992), recourante n'ayant pas de lacune de cotisation (art. 29bis al. 1 LAVS [loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10] et 52b RAVS [règlement du 31 octobre 1947 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.101], par renvoi de l'art. 36 al. 2 LAI). Ce grief tombe à faux.

10. La recourante argue que l'entretien tenu à son domicile le 27 novembre 2018 était houleux, que l'intervenant de l'OAI aurait haussé le ton et ne lui aurait pas correctement expliqué les pistes de reconversion professionnelle qui s'offraient à elle. Elle semble ainsi requérir l'octroi de mesures de réadaptation d'ordre professionnel.

La décision entreprise nie le droit à de telles mesures, car la recourante ne souhaitait pas leur mise en place.

Il appert vraisemblable qu'il y ait eu méprise sur les intentions de la recourante, puisqu'elle déclare en procédure être intéressée à l'idée d'une reconversion professionnelle et à être informée à ce sujet. L'aptitude subjective de la recourante à des mesures de réadaptation

semble donc suffisante pour que l'intimé examine plus avant l'octroi de celles-ci (TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.1 ; TF 9C_609/2009 15 avril 2010 consid. 9.2 et la référence citée). L'OAI avait d'ailleurs apparemment envisagé d'octroyer de telles mesures à l'issue de l'entretien en question. Il s'agira donc pour l'intimé de reprendre l'instruction de la cause sur ce point également.

11. a) Il découle de ce qui précède que le recours doit être partiellement admis, en ce sens que décision attaquée peut être confirmée relativement à la période qui précède l'accident du mois d'octobre 2018, dont il convient de déterminer la date exacte (le 15 ou le 22).

La cause doit en revanche être renvoyée à l'intimé pour la période postérieure à cette date, pour complément d'instruction, au sens des considérants et pour nouvelle décision, s'agissant des appréciations médicales et économiques de la situation, ainsi que des mesures de réadaptation professionnelles.

b) Compte tenu de l'issue du litige, les requêtes de mesures d'instruction formulées par la recourante, soit la tenue d'une audience avec audition de témoins et la mise en place d'une expertise pluridisciplinaire, doivent être rejetées (appréciation anticipée des preuves ; ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

12. a) 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 LAI, applicable dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2020, en vertu de l'art. 82a LPGA). En l'occurrence, les frais doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

b) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

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

- I.** Le recours est partiellement admis.
- II.** La décision rendue le 8 mai 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée s'agissant du droit d'S._____ au versement d'une demi-rente d'invalidité du 1^{er} juillet au 31 décembre 2016, la cause étant renvoyée à l'Office précité pour la période courant dès le mois d'octobre 2018, dans le sens des considérants.
- III.** Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à S._____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Olivier Carré (pour Mme S. _____),
- 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 :