

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 mai 2022

Composition : Mme DESSAUX, présidente
MM. Riesen et Oppikofer, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

H. _____, à [...], recourante, représentée par Me Luisa Bottarelli, avocate
à Lausanne,

et

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

Art. 6 s., 16 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 28 et 29 LAI ; 29ter RAI

E n f a i t :

A. **a)** H. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...], travaillait depuis le 17 août 2009 en qualité d'ouvrière auprès d'A. _____ SA, à [...]. Le 14 mars 2016, elle a chuté sur son lieu de travail en arrière sur le dos et l'épaule droite.

La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a pris en charge le cas.

Une arthro-IRM de l'épaule droite du 11 mai 2016 a mis en évidence une tendinopathie insertionnelle du tendon supra-épineux et des signes d'arthrose acromio-claviculaire. Cette imagerie n'a pas montré de rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule en question (rapport du 12 mai 2016 d'arthro-IRM de l'épaule droite du jour précédant du Service de radiologie de l' [...] [...]), à [...]).

Un rapport du 20 juin 2016 de CT-cérébral et des rochers réalisé le 17 juin 2016 par les radiologues au [...], à [...], se termine comme suit :

"Conclusion :

CT-cérébral et des rochers dans les limites de la norme.

Nous n'avons pas mis en évidence de signe radiologique en faveur d'une otospongiose.

Très discret épaissement des membranes tympaniques."

Dans un rapport du 25 juillet 2016, consécutif à une consultation de l'assurée le 11 juillet 2016, les Drs C. _____ et V. _____, respectivement médecin-chef et médecin-assistant au [...], ont diagnostiqué des vertiges d'origine indéterminée et une suspicion d'otospongiose droite. Du point de vue oto-neurologique, le status vestibulaire était sans particularité et il n'existait alors pas d'argument pour une atteinte organique.

A la suite de cet accident, l'assurée a présenté une incapacité de travail totale jusqu'au 7 juin 2016, puis à 50 % du 8 au 30 juin 2016.

Elle a repris le travail à plein temps le 1^{er} juillet 2016 avant d'être licenciée au 30 novembre 2016. Elle s'est inscrite au chômage dès le 1^{er} décembre 2016.

b) Par déclaration de sinistre LAA pour les chômeurs du 23 mai 2017, la Caisse cantonale de chômage a annoncé une rechute de l'accident du 14 mars 2016, à la suite d'une incapacité de travail totale de l'assurée dès le 2 mai 2017.

Dans un courrier du 23 mai 2017 au médecin traitant de l'assurée, le Dr E. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que les examens de l'épaule droite montraient une discrète instabilité acromio-claviculaire et une tendinopathie. Il a expliqué que des microtraumatismes avaient éventuellement participé à une décompensation lente de l'articulation acromio-claviculaire de cette épaule, dans un contexte de traumatisme.

Le 14 juin 2017, le Dr E. _____ a écrit au Pr I. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, que la patiente souffrait d'une impotence fonctionnelle résiduelle au niveau de son épaule droite. Elle avait déjà subi deux infiltrations, lesquelles n'avaient apporté un soulagement que de très courte durée. Il demandait si une chirurgie pouvait aider la patiente.

Le 11 septembre 2017, le Pr I. _____ a répondu qu'il ne retenait pas d'indication chirurgicale. Lors de sa consultation le 7 septembre 2017, il a diagnostiqué des scapulalgies droites post-traumatiques chroniques et des discrets troubles dégénératifs acromio-claviculaires droits. L'épaule droite avait une mobilité passive complète. Activement, tous les mouvements étaient douloureux, principalement en flexion et en abduction. La coiffe des rotateurs était compétente mais la force était limitée par la douleur aussi bien en abduction qu'en rotation. La force de préhension au niveau de la main droite était également diminuée en raison des douleurs de l'épaule. Le Pr I. _____ a relevé que la

patiente présentait une certaine autolimitation dans les mouvements du membre supérieur droit.

Par décision sur opposition du 9 novembre 2017, la CNA a confirmé sa décision du 7 juillet 2017 mettant fin au versement des prestations au 1^{er} mai 2017. Elle a retenu que les troubles à l'épaule droite pour lesquels l'assurée était en incapacité de travailler depuis le 2 mai 2017 n'étaient pas dus à l'accident du 14 mars 2016. Elle s'est fondée sur l'avis de son médecin d'arrondissement, le Dr D._____, spécialiste en chirurgie, lequel retenait que l'intéressée présentait de discrètes altérations de l'épaule droite d'allure dégénérative, que l'accident avait pu aggraver transitoirement. Le *statu quo sine* avait toutefois été atteint dans le courant de l'année 2016.

B. a) Par formulaire non daté reçu le 1^{er} décembre 2017, H._____ a déposé une demande d'allocation pour impotent auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison de douleurs à l'épaule (droite), précisant que cette atteinte existait depuis le 14 mars 2016 et était due à un accident. Elle a indiqué avoir besoin de prestations d'aide médicale en lien avec la prise de médicaments, d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie sous la forme de prestations d'aide pour lui permettre de vivre de manière indépendante - en lien avec les tâches ménagères - ainsi que de la présence d'un tiers pour éviter l'isolement.

A la demande de l'OAI, la CNA a transmis le dossier de l'intéressée.

b) Le 10 décembre 2017, H._____ a également déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi de mesures professionnelles et/ou d'une rente, invoquant son atteinte à l'épaule droite.

Selon le formulaire 531bis du 13 février 2018, si l'assurée était en bonne santé, elle travaillerait à 100 % dans le même genre d'activité

exercée jusqu'à l'arrêt de travail chez A._____ SA, ceci par nécessité financière.

Dans le « questionnaire pour l'employeur » complété le 20 mars 2018 par A._____ SA, il est notamment écrit que, depuis le 1^{er} janvier 2016, le salaire mensuel de l'intéressée était de 4'816 fr. 10, correspondant à un revenu annuel de 62'609 francs (4'816 fr. 10 x 13).

Selon une note d'entretien rédigée le 1^{er} mai 2018, ensuite d'un entretien téléphonique du même jour entre une spécialiste en réinsertion professionnelle à l'OAI et l'assurée, cette dernière a décliné la proposition d'une mesure d'intervention précoce sous la forme d'une orientation professionnelle chez [...], par exemple.

Par communication du 15 mai 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'il n'y avait pas lieu de mettre en place des mesures d'intervention précoce, ni de réadaptation d'ordre professionnel pour le moment. Il poursuivait l'instruction du cas et devait encore récolter des informations lui permettant d'examiner le droit aux prestations.

c) Par projet de décision du 6 juillet 2018, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de rejeter sa demande d'allocation pour impotent, au motif qu'il s'agissait d'un cas d'accident qui avait fait l'objet d'une décision (sur opposition) de la CNA le 9 novembre 2017.

Le 17 juillet 2018, sous la plume de son conseil de l'époque, l'assurée s'est opposée à ce préavis en demandant la suspension de la procédure jusqu'à droit connu sur son recours en matière d'assurance-accidents.

Dans un rapport du 10 septembre 2018 à l'OAI, le Dr R._____, médecin généraliste traitant de l'assurée, a posé les diagnostics de chute avec traumatisme crânien simple en mars 2016, de contusions cervicales, à l'épaule droite et à la hanche droite (hématome), de troubles de l'équilibre et de vertiges. Il existait une suspicion d'otospongiose ainsi qu'une atteinte de transmission à l'oreille droite. Le

médecin traitant a également fait état d'un syndrome dépressif de degré moyen. Selon lui, aucune activité professionnelle n'était exigible de la part de l'assurée. Les limitations fonctionnelles consistaient en des restrictions liées à la mobilité et à l'amplitude de l'épaule droite, avec un port de charge limité, ainsi que la nécessité d'un travail en position assise ou sécurisée en raison des vertiges et de la perte d'équilibre. Enfin, l'état dépressif réactionnel entraînait des troubles cognitifs et un ralentissement mental. En annexe à ce rapport, étaient notamment joints :

- un rapport du 29 janvier 2018 signé par le Dr Y._____, neurologue, relevant que la patiente se plaignait d'une faiblesse du membre supérieur droit ; à l'examen clinique neurologique, le spécialiste relevait des réflexes ostéo-tendineux présents et symétriques, ainsi qu'une absence de trouble sensitif et d'amyotrophie musculaire ; l'examen de la motricité segmentaire était rendu difficile en raison d'une impotence fonctionnelle liée à la douleur et d'un manque de coopération de la patiente. L'examen électro-neuro-myographique était normal ;

- un rapport du 27 février 2018 du Dr N._____, spécialiste en médecine nucléaire, relevant que la scintigraphie osseuse réalisée la veille se trouvait dans les limites de la norme et sans argument pour une algodystrophie du membre supérieur droit.

La décision sur opposition de la CNA du 9 novembre 2017 a été confirmée par arrêt du 28 mai 2019 de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (CASSO AA 158/17 - 65/2019).

Par décision du 18 juillet 2019, l'OAI a refusé l'octroi d'une allocation pour impotent, pour le même motif que celui indiqué dans son préavis négatif du 6 juillet 2018.

Le 13 août 2019, le Dr R._____ a rédigé un certificat médical en ces termes :

“Diagnostics :- Scapulalgies droites post-traumatiques chroniques
- Troubles dégénératifs acromio-claviculaires droits

- Vertiges indéterminés
- Otospongiose
- Hypoacousie droite

La SUVA a rejeté son recours pour suites d'accident.

L'AI refuse l'allocation pour impotent.

Mme H._____ est en incapacité à 100% pour maladie des suites de sa chute accidentelle le 13.06. [recte : 14.03] 2016. Elle souffre de façon continue et permanente de son épaule droite, de vertiges et de troubles d'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive.

Médication : Zal diar, Dafalgan 1gr, Citalopram 20 mg 1 cp le matin. [...]"

Par arrêt du 30 janvier 2020, la Cour de céans a rejeté le recours interjeté par l'assurée à l'encontre de la décision du 18 juillet 2019 de l'OAI et l'a confirmée (CASSO AI 302/19 - 30/2020).

Dans un avis médical du 26 février 2020, le Dr L._____, du SMR, a constaté l'absence d'éléments objectifs pour une atteinte incapacitante durable ; l'épaule ne présentait aucune limitation fonctionnelle en dehors de l'autolimitation de l'assurée ; les vertiges n'avaient pas d'étiologie organique car ce type de symptômes n'était pas consécutif à une otospongiose ; enfin, l'état dépressif n'était pas décrit et ne semblait pas être suivi par un psychiatre (ce que l'assurée a confirmé le 5 mars 2020 à l'OAI). Selon le médecin-conseil du SMR, l'assurée avait repris sa profession au mois de juillet 2016 avant son licenciement économique en décembre 2016 sans *a priori* d'incapacité de travail.

Se fondant sur le point de vue du SMR (document « Compte rendu la permanence SMR » du 6 mars 2020), l'OAI a, par projet de décision du 30 mars 2020, informé l'assurée qu'il entendait lui refuser tout droit à des prestations, au motif qu'en l'absence d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance-invalidité, sa capacité de travail était totale dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes : « pas de travail en hauteur (échelles, échafaudages), éviter les mouvements répétitifs de l'épaule, pas de travail avec les bras en l'air ».

Dans le cadre de ses objections du 2 avril 2020 sur ce projet, l'assurée a remis à l'OAI un certificat médical du 15 avril 2020 rédigé par le Dr R. _____ en ces termes :

“Diagnostics : - Scapulalgies droites post-traumatiques chroniques

- Troubles dégénératifs acromio-claviculaires droits
- Vertiges indéterminés
- Otospongiose
- Hypoacousie droite
- Dysthymie (F34.1 CIM-10)
- Traumatisme du genou gauche avec fracture du condyle fémoral externe gauche multifragmentaire Hoffa type 3 et fracture d'impression du plateau tibial antérieur central intra-articulaire gauche, en date du 05.01.2020.

Le sujet fait recours contre le projet de décision AI Vaud en date du 30.03.2020. Elle se plaint, dans un sentiment total de désespoir, de ne pouvoir récupérer des suites de ses blessures et est actuellement handicapée, estime n'avoir aucune chance pour pouvoir retrouver un travail sur un marché concurrentiel et ouvert.

Ressortissante des Balkans, venue en Suisse il y a 31 ans, à l'âge de 16 ans. Ecole primaire au pays, aucune formation professionnelle. Bonne ouvrière non qualifiée, ayant toujours assumé ses postes de travail à satisfaction pour différents employeurs, dont le dernier est A. _____, fabrique de portes-fenêtres, où elle a travaillé durant 12 ans. Durant toutes ces années, toujours assidue au travail, et aucun absentéisme pour maladie. Situation sociale : mère de famille, mariée, avec 3 enfants de 18, 24 et 26 ans.

Depuis deux ans environ, développe un état dépressif avec des troubles dysthymiques : sentiment de désespoir et d'inutilité, insomnies, baisse de l'énergie et asthénie, faible estime de soi, irritabilité, difficultés de concentration et difficultés à prendre des décisions. Médication au long cours de Citalopram 20 mg 1x/jour. Pas de psychothérapie.

Le 05.01.2020, victime d'une chute avec fracture du genou gauche et contusion de l'épaule droite, déjà handicapée. Le bilan d'imagerie à l'hôpital conclut à des contusions simples sans acutisation des scapulalgies chroniques droites. Le sujet a pu bénéficier d'une réduction ouverte et d'ostéosynthèse du genou gauche avec succès. Elle est autorisée à marcher en décharge partielle avec attelle articulée du genou et une rééducation avec réadaptation a été mise en œuvre encore pour 6 à 8 semaines.

Médication : Zalidar, Dafalgan 1 gr, Citalopram 20 mg 1 cp le matin.

Pronostic fonctionnel et professionnel plutôt réservé. [...]”

Ce rapport a été soumis au SMR, lequel a suggéré d'obtenir des informations complémentaires auprès de l'assurée pour connaître son chirurgien orthopédiste ainsi que de contacter la CNA pour obtenir son dossier (avis médical du 6 août 2020). L'assurée a transmis à l'OAI des certificats médicaux (pièce 86) et a complété le document « Feuille Annexe R à la demande de prestations AI (Recours contre les tiers responsables) » (pièce 89) en indiquant avoir été victime, le 21 octobre 2020, d'une chute en reculant alors qu'elle pliait du linge dans le cadre d'un emploi-chômage auprès de [...], et que l'assurance-accidents obligatoire au moment de cet événement était la CNA.

Le 7 janvier 2021, à la demande de l'OAI, la CNA a transmis le dossier de l'intéressée (pièce 93). L'assurance-accidents a versé des indemnités journalières à 100 % du jour de l'accident du 21 octobre 2020 au 31 décembre 2020. Il ressort notamment du dossier communiqué, un certificat du 21 octobre 2020 du Dr B._____, médecin au Service orthopédique du [...], attestant d'une incapacité de travail de l'assurée du 21 au 28 octobre 2020 et d'un début de capacité totale dès le 29 octobre 2020. Dans l'anamnèse de son rapport du 21 octobre 2020, ce médecin indiquait que l'assurée avait été opérée par le Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, en janvier 2020 au niveau du genou gauche à la suite d'une chute. Ce jour, elle avait chuté de sa hauteur avec *trauma* direct du genou gauche avec des douleurs lors de la mobilisation ainsi que lors de la charge de ce genou. Sur la base de son examen clinique et de la radiographie du genou gauche effectuée, le Dr B._____ a diagnostiqué une contusion genou gauche sur *trauma*. Selon un procès-verbal du 15 décembre 2020 d'un premier entretien téléphonique du 21 octobre 2020 entre une gestionnaire de la CNA et l'assurée, cette dernière avait indiqué qu'après sa sortie de l'hôpital, elle était restée tranquille à la maison en raison de son genou gauche qui gonflait souvent et était source de douleurs, principalement à la marche et aussi durant la nuit. Un prochain contrôle était prévu le 4 janvier 2021 auprès du Dr R._____ en vue d'une éventuelle opération ou d'un traitement conservateur par la physiothérapie. Le médecin traitant a attesté d'une incapacité de travail de sa patiente à 100 %, du 29 octobre

2020 au 20 novembre 2020 (certificat du 29 octobre 2020 du Dr R._____). Enfin, dans la déclaration de sinistre LAA pour les chômeurs complétée le 22 octobre 2020 par la Caisse cantonale Agence du [...] à [...], en lien avec l'accident du jour précédent, il était indiqué en particulier que l'assurée remplissait les conditions du droit à l'assurance-chômage depuis le 20 avril 2020.

Dans un rapport (« avis de sortie ») du 8 janvier 2021, le Dr O._____, médecin-assistant au Service d'orthopédie-traumatologie du [...], posant le diagnostic de status post réduction ouverte et ostéosynthèse condyle fémoral externe par plaque LCP 3.5 à reconstruction et vissage HCS 4.5 et activa Pin, renforcement d'insertion LCA plateau tibial gauche trans-osseuse le 7 janvier 2020, a fait part d'une hospitalisation de l'assurée du 8 au 15 janvier 2021 pour ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO) plaque et vis du condyle fémoral externe et suture de la corne antérieure du ménisque externe en raison d'une gêne présentée par l'intéressée. Dans les suites opératoires, la mobilisation était difficile et il existait un écoulement persistant de la plaie. Un contrôle radio-clinique était prévu à quatre semaines par le médecin opérateur Dr F._____. Le 15 janvier 2021, le Dr O._____ a établi un certificat d'incapacité de travail totale de l'assurée du 8 janvier 2021 au 14 février 2021.

Le 15 janvier 2021, l'assurée a complété le document « Feuille Annexe R à la demande de prestations AI (Recours contre les tiers responsables) » en lien avec un accident de luge en famille aux [...] survenu le 5 janvier 2020, qui s'était soldé par une opération réalisée au [...].

Le 17 février 2021, lors du contrôle post opératoire, le Dr F._____ a prolongé l'incapacité de travail totale de l'assurée, pour la période allant du 15 février au 11 avril 2021.

Le 22 février 2021, le Dr R._____ a répondu comme suit à un questionnaire adressé le 15 décembre 2020 par l'OAI :

"1. Quel est le diagnostic précis ayant une répercussion sur la capacité de travail ?

Scapulalgies D [droites] post traumatiques chroniques. Arthrose acromio-claviculaire D. Vertiges. Otospongiose. Hypoacousie D (Port de prothèse). Fractures condylo-fémoral ext. op. 05.01.2020 puis AMO 08.01.2021. Dysthymie.

2. Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ?

Etat stabilisé et chronifié.

*3. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ?
Depuis quand ?
(sur un taux de 100%, même si le taux contractuel est inférieur)*

IC [incapacité] à 100 % du 18.03.2016 - indéterminé comme ouvrier manutentionnaire chez A._____.

*4. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ?
Depuis quand ?
(sur un taux de 100%, dans l'hypothèse d'une activité exercée à plein temps)*

L'AI a fait un essai de travail d'occupation chez [...] en octobre 2020 (comme lingère) qui s'est soldé par un échec total après deux semaines.

5. Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?

Douleurs et limitations chroniques épaule Droite.
Vertiges. Hypoacousie.
Dysthymie. Dépression traitée par Citalopram depuis janvier 2020.

6. Quels sont les dates et les taux précis des arrêts de travail ?

IC 100% 18.03.2016 pour Acc. SUVA puis en Maladie. IC 100% 05.01.2020 - indéterminé pour Accident (Fracture de la jambe).

7. Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ?

Très compliant pour les suivis.
Médication : Citalopram 20 mg 1-0-0 depuis janvier 2020 Brufen 600 et Dafalgan tous les jours. [...]"

En annexe, le Dr R._____ a joint un rapport du 18 janvier 2021 des médecins du Service d'orthopédie-traumatologie au [...], consécutif à l'AMO réalisée le 8 janvier 2021, retenant l'absence de complications post opératoires.

Le 4 mars 2021, la CNA a transmis à l'OAI le dossier actualisé de l'intéressée. Il en ressort une lettre de réserve du 22 février 2021 de la CNA à l'assurée en lien avec le droit aux prestations d'assurance concernant l'événement du 21 octobre 2020, singulièrement la prise en charge de l'intervention du 8 janvier 2021 et ses suites ; selon une note du 17 février 2021, le médecin d'arrondissement de la CNA a estimé, en l'absence de renseignements de la part du Dr F._____ (indication opératoire), que l'AMO réalisée en janvier 2021 n'incombait pas à charge de l'assurance-accidents. Sont également répertoriés au dossier de la CNA, entre autres pièces, un protocole opératoire du 11 janvier 2021 relatif à l'AMO signé par les Drs F._____ et Q._____, médecin-assistant, ainsi que des certificats des 4 et 21 janvier 2021 du Dr R._____ attestant d'une incapacité de travail de sa patiente à 100 %, du 31 décembre 2020 au 21 février 2021.

Dans un avis médical du 11 mars 2021, le Dr L._____, du SMR, a fait le point de situation en ces termes :

"Discussion

Il existe une très nette divergence entre, d'une part, les faits accidentels, les différents examens cliniques et paracliniques de l'ensemble des médecins spécialistes et d'autre part, les plaintes de l'assurée et les attestations du médecin traitant. Autrement exprimé, nous n'avons aucun élément objectif plaidant pour une atteinte incapacitante durable depuis 2016. L'épaule présentait une atteinte limitée et aucune limitation fonctionnelle en dehors de l'autolimitation de l'assurée. Les vertiges n'ont pas d'étiologie organique car ce n'est pas le type de symptômes que donne une otospongiose. Concernant l'état psychologique, le médecin traitant décrit un épisode dépressif au plus léger, plutôt une dysthymie avec un traitement léger et sans prise en charge par spécialiste. Par la suite il retient effectivement le diagnostic de dysthymie. Ces éléments ne mettaient donc pas en évidence une atteinte durablement incapacitante jusqu'au 05.01.2020. La fracture consécutive à la chute en janvier 2020 a nécessité une ostéosynthèse du condyle fémoral externe gauche et le renforcement du ligament croisé antérieur. Nous n'avons aucun élément permettant de supposer que l'atteinte a été incapacitante plus des 120 j. [jours] habituels dans ce type d'atteinte. L'assurée avait d'ailleurs repris une activité dans le cadre du chômage quand elle a chuté sur le genou gauche. Il s'agissait d'une simple contusion comme l'atteste la radiographie et l'examen clinique. Enfin, en janvier 2021, l'assurée subit une ablation de matériel ce qui entraîne en l'absence de complications une IT [incapacité de travail] 100% au

maximum d'un mois. En somme, l'assurée a présenté plusieurs atteintes incapacitantes mais sur des durées limitées et avec des fenêtres importantes de capacité totale dans une AA [activité adaptée]. Nous estimons que le projet de décision doit être maintenu."

Par décision du 27 mai 2021, l'OAI a rejeté la demande de prestations (mesures professionnelles et/ou rente) de l'assurée. Aux termes d'un courrier d'accompagnement du même jour, il estimait que son projet du 30 mars 2020 reposait sur une instruction complète du cas sur le plan médical et économique, et qu'il était conforme en tous points aux dispositions légales.

C. Par acte du 3 juin 2021 complété le 29 juin suivant, H._____, représentée par Me Luisa Bottarelli, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité, avec intérêt à 5 % l'an, dès le 10 décembre 2017. Subsidiairement, elle a conclu à la reconnaissance du droit à une telle rente après la mise en œuvre d'une expertise médicale afin de déterminer le diagnostic précis des troubles à la santé dont elle souffre ainsi que ses répercussions sur sa capacité de travail ; plus subsidiairement encore, à son annulation et au renvoi du dossier à l'OAI afin qu'il reprenne l'instruction et rende une nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, elle a reproché à l'office intimé d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical, contestant la valeur probante de l'avis SMR du 11 mars 2021 en lui opposant les rapports successifs du Dr R._____ corroborés par les divers examens des médecins spécialistes. Elle reprochait en particulier à l'OAI de ne pas avoir pris en compte le caractère dégénératif de la pathologie à l'épaule droite, rappelant que, dans son arrêt du 12 (recte : 28) mai 2019 (CASSO AA 158/17 - 65/2019), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a retenu, sur la base des avis des médecins spécialistes, que l'accident de mars 2016 a vraisemblablement causé une aggravation temporaire d'un état dégénératif auparavant asymptotique à l'épaule droite. Estimant présenter une incapacité de travail totale depuis « au moins 2016 » sur la base des avis probants des Drs R._____, I._____, et E._____, elle a contesté la capacité de travail entière retenue dans

toute activité n'impliquant pas de travailler en hauteur (échelles, échafaudages), des mouvements répétitifs de l'épaule, ou de travailler avec les bras en l'air. A défaut de suivre l'opinion de son médecin traitant, elle était d'avis qu'une expertise médicale se justifiait pour clarifier les limitations fonctionnelles ainsi que leurs répercussions sur sa capacité de travail. Enfin, elle était d'avis que des mesures professionnelles auraient dû être mises en place dans son cas et que la décision devait également être retournée à l'intimée pour complément d'instruction sur ce point.

Dans sa réponse du 22 juillet 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il a relevé le caractère probant de l'avis SMR du 11 mars 2021, estimant que les critiques de la recourante n'étaient pas de nature à modifier sa position.

Le 3 novembre 2021, en réplique, maintenant ses précédentes conclusions, la recourante a ajouté que l'atteinte à son genou gauche, partant les limitations fonctionnelles y relatives, n'avait pas été prise en considération par l'OAI. Eu égard à ces restrictions qui s'additionnaient à celles déjà retenues pour son épaule et compte tenu de ses différentes atteintes à la santé, elle insistait sur la mise en place par l'intimé, à tout le moins, d'une expertise pluridisciplinaire. Indiquant que son ancien emploi d'ouvrière de production chez A. _____ SA requérait une forme physique optimale et qu'après la délocalisation de l'entreprise, elle avait été licenciée pour le 30 novembre 2016 de ce poste, elle s'étonnait de l'absence de mesures de réadaptation professionnelles proposées par l'OAI. Elle répétait en outre qu'au contraire du médecin traitant, aucun des intervenants spécialistes n'avait procédé à une analyse globale de son état de santé, respectivement ses répercussions sur la capacité de travail. Enfin, souffrant encore de douleurs importantes dans l'épaule et au genou qui limitaient ses mouvements, elle disait prendre des antalgiques et des antidépresseurs provoquant d'importants états de fatigue ; elle était toujours en totale incapacité de travail. De son côté, le Dr R. _____ confirmait ses observations du 15 avril 2020. Sous bordereau complémentaire, entre autres pièces, la recourante a produit un rapport du 4 juin 2021 consécutif à une consultation du 2 juin 2021 signé par le Dr

F._____, un lot de certificats médicaux établis par le Dr R._____ pour l'année 2021 ainsi qu'un courrier électronique du 26 octobre 2021 de ce médecin à l'avocate. Le rapport du Dr F._____ se termine comme suit :

"Suite de traitement

Je discute avec la patiente de sa situation actuelle. A mon avis une nouvelle opération avec re-suture du ménisque déchiré n'est pas indiquée par contre vu les changements dégénératifs à terme une solution prothétique me semble la seule possibilité durable. En attendant, des possibilités d'infiltration peuvent être réalisées, chose qui était proposée à la patiente, elle-même ne peut pas se décider pour l'instant et je la reverrai en septembre/octobre.

Du point de vue général et professionnel, une activité professionnelle en position principalement assise avec des petits déplacements mais sans charger et sans port de poids de plus de 10kg de façon régulière me semble faisable à presque 100%, en tout cas par rapport à son genou gauche. La marche sur terrain irrégulier, dans les escaliers, échafaudages ainsi qu'activités professionnelles en position accroupie ou sur les genoux lui sont impossibles. Il reste à mentionner que l'intervention chirurgicale en janvier 2021 est en relation claire avec l'accident de janvier 2020 vu qu'il s'agissait d'une AMO des vis et plaques posé[es] en janvier 2020 et dans le même temps d'une suture d'une lésion du ménisque découverte au moment de l'intervention mais dans la zone fracturée à l'époque."

Dans sa duplique du 24 novembre 2021, l'OAI a derechef conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée. En annexe à son écriture, l'intimé a produit un avis du 12 novembre 2021 du Dr L._____, du SMR, auquel il se ralliait. Cet avis médical se réfère aux pièces produites par la recourante et expose notamment ce qui suit :

"Discussion

Concernant les épaules il n'y a aucun élément nouveau et nous maintenons les LF que nous avons retenues. Concernant le genou gauche, le status de l'orthopédiste, assez succinct (pas d'amplitude de l'articulation, pas de mesure de force et des périmètres), montre un genou traumatisé mais qui reste stable avec une arthrose secondaire. Nous comprenons que cette arthrose évoluera sans doute et nécessitera, « à terme » une prothèse. Nous notons aussi que l'assurée ne souffre pas au point de consommer des antalgiques. Les LF mentionnées sont « de principe » et elles sont cohérentes avec l'état actuel du genou. Nous les admettrons au moment de la décision et nous sommes prêts à les inclure dans le dossier. Concernant la CTAA [capacité de travail dans une activité adaptée] cela ne change rien, l'estimation étant de presque 100% (nous considérons ce « presque » comme une précaution de langage en l'absence de chiffres). Pour ce qui est de la CTAA, l'assurée était ouvrière. Nous ne nous prononcerons pas relativement au poste

antérieur car celui-ci a disparu mais il est certain qu'il existe des postes d'ouvrière ou d'agent de production respectant les diverses LF retenues. Nous rappelons celles-ci : pas de travail en hauteur, pas de travail les bras en l'air ou avec des mouvements répétitifs de l'épaule, activité professionnelle en position principalement assise avec des petits déplacements mais sans charger et sans port de poids de plus de 10kg de façon régulière, pas de marche sur terrain irrégulier, dans les escaliers, activité sur échafaudages ainsi qu'activités professionnelles en position accroupie ou sur les genoux."

Constatant que si l'activité habituelle n'était pas adaptée aux limitations fonctionnelles, l'intimé a maintenu qu'un marché du travail équilibré offrait nombre d'activités industrielles légères non qualifiées, adaptées aux limitations fonctionnelles présentées par la recourante. Selon l'office intimé, de telles activités étaient à la portée de cette dernière, sans nécessiter des mesures professionnelles. Il a ajouté que la recourante n'avait pas droit à un reclassement professionnel, faute de subir un préjudice économique résultant de l'atteinte à la santé. Dans ce contexte, il a rappelé que dès lors que l'activité exigible demeurait adaptée aux limitations fonctionnelles, un abattement sur le revenu d'invalidé ne se justifiait pas. Enfin, selon le dossier, la recourante ne s'estimait pas capable d'exercer une activité lucrative, même légère ; pour cette raison, elle avait déjà au printemps 2018 renoncé aux mesures d'intervention précoce proposées. Dans ces conditions, même une aide au placement n'était pas envisageable.

Dans d'ultimes déterminations du 21 janvier 2022, la recourante a maintenu les conclusions prises à l'appui de ses précédentes écritures. Elle reprochait à l'intimé de ne pas expliquer quel poste et dans quel domaine elle était en mesure d'exercer une activité lucrative à plein temps en tenant compte de ses nombreuses limitations fonctionnelles, de l'absence de formation, de son âge ainsi que de son absence sur le marché du travail durant plusieurs années. De l'avis de la recourante, il n'existait pas de poste de travail qui tenait compte de toutes ses restrictions fonctionnelles, en particulier s'agissant d'effectuer des mouvements répétitifs de l'épaule, et de sa situation personnelle dans le domaine exercé jusqu'alors. Pour le reste, produisant un rapport d'IRM de l'épaule droite du 13 janvier 2022 du Centre d'[...], un lot de certificats

médicaux établis par le Dr R._____ pour les mois d'octobre 2021 à novembre 2022 ainsi qu'un courriel du 19 janvier 2022 de ce médecin à l'avocate, la recourante a fait part de son état de santé qui demeurerait inchangé, avec une incapacité de travail totale pour une durée indéterminée.

D. Par décision du 17 juin 2021, H._____ a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 14 juin précédant. Elle était exonérée du paiement d'avances et des frais judiciaires ainsi que de toute franchise mensuelle. Un avocat d'office en la personne de Me Luisa Bottarelli lui a été désigné.

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) Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations d'assurance-invalidité.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI]

[Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 27 mai 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

3. 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de 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).

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 18e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

d) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, 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).

e) Pour 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).

f) 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

g) C'est le lieu de rappeler que les avis médicaux du SMR, de par leur nature, n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Ces rapports ne sont toutefois pas dénués de toute valeur probante et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées).

h) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, 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 assécurologique. 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 la personne assurée, 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 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

4. a) En l'espèce, dans le cadre de son instruction du cas, après l'abandon d'une mesure d'intervention précoce déclinée par l'assurée, l'OAI a rassemblé les informations médicales auprès de la CNA en relation

avec l'accident du 14 mars 2016 (chute sur le lieu de travail en arrière sur le dos et à l'épaule droite), la rechute annoncée en mai 2017 et l'accident du 21 octobre 2020 (chute de la hauteur de l'assurée avec *trauma* direct du genou gauche) survenu au cours d'un emploi de lingère auprès de [...] dans le cadre du chômage. Il s'est certes abstenu, nonobstant l'avis SMR du 6 août 2020, de solliciter de l'assureur-accidents en charge du sinistre de janvier 2020 (lésion genou gauche lors d'une chute en luge suivie d'une opération) la production de son dossier mais dispose néanmoins de renseignements d'ordre médical sur cette atteinte de par le rapport relatif à l'opération d'ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO) en janvier 2021. Sur la base de l'avis SMR du 11 mars 2021, l'autorité intimée a refusé tout droit à des prestations, au motif que la recourante ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance-invalidité et ne justifiait aucune incapacité de travail de longue durée ; la capacité de travail était en effet totale dans toute activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : « pas de travail en hauteur (échelles, échafaudages), éviter les mouvements répétitifs de l'épaule, pas de travail les bras en l'air ».

Au stade de la présente procédure, après avoir eu connaissance de rapports du Service d'orthopédie-traumatologie du [...] des 4 juin et 7 octobre 2021 qu'il a soumis au SMR, l'intimé retient que les limitations fonctionnelles mises en évidence à la date de la décision attaquée sont les suivantes : « pas de travail en hauteur, pas de travail les bras en l'air ou avec des mouvements répétitifs de l'épaule, activité professionnelle en position principalement assise avec des petits déplacements mais sans charger et sans port de poids de plus de 10kg de façon régulière, pas de marche sur terrain irrégulier, dans les escaliers, activité sur échafaudages ainsi qu'activités professionnelles en position accroupie ou sur les genoux ». De l'avis de l'intimé, si l'activité antérieure n'est certes plus adaptée à ces restrictions, une activité industrielle légère non qualifiée, adaptée aux limitations fonctionnelles, demeure en revanche exigible de la part de la recourante sur un marché équilibré du travail, sans que des mesures professionnelles (reclassement), ou même une aide au placement, ne soient envisageables dans le cas présent.

De son côté, la recourante a contesté disposer d'une capacité de travail résiduelle telle que prise en compte par l'intimé dans sa décision. Dans un premier moyen, elle fait valoir en substance que l'avis de son médecin traitant le Dr R._____, attestant une incapacité de travail totale « au moins depuis 2016 », corroboré par les opinions des médecins spécialistes au dossier, doit l'emporter et qu'elle a droit à une rente d'invalidité entière, avec intérêt à 5 % l'an, dès le 10 décembre 2017.

b) En l'occurrence, il convient de constater d'emblée que, pour la plupart, les rapports du Dr R._____, très succincts, ne rapportent aucun élément objectivant l'incapacité de travail ; il n'y a aucun descriptif d'un quelconque examen clinique. Outre que ses certificats d'incapacités de travail à 100 % sont contredits par les observations des spécialistes consultés comme discuté ci-dessous, le Dr R._____ atteste d'incapacités de travail totales pour des périodes durant lesquelles sa patiente déploie une activité professionnelle, respectivement est au chômage. En effet, l'assurée a repris le travail à plein temps le 1^{er} juillet 2016 avant d'être licenciée au 30 novembre 2016 puis a été inscrite au chômage dès le 1^{er} décembre 2016, bénéficiant d'indemnités de cette assurance sociale du 1^{er} décembre 2016 au 30 avril 2017 (cf. « IP - Rapport initial » du 23 avril 2018, p. 4) ; depuis le 20 avril 2020, elle était à nouveau bénéficiaire du chômage (cf. dossier actualisé de la CNA du 7 janvier 2021, pièce 1), apparemment avec aptitude au placement de 100 %, dès lors que la CNA a versé des indemnités journalières de 100 % pour les suites de l'accident du 21 octobre 2020. Dans ces conditions, la Cour de céans ne peut se rallier à l'avis du Dr R._____ retenant une incapacité de travail totale de la recourante ininterrompue depuis sa chute accidentelle du 14 mars 2016.

Cela étant observé, il convient d'examiner les atteintes à la santé présentées par la recourante.

c) aa) Sur le plan psychiatrique, l'atteinte à la santé de la recourante est qualifiée, par son médecin traitant, de dysthymie (F34.1 CIM-10) avec un traitement léger (Citalopram® 20 mg 1 comprimé le matin) et sans prise en charge par un spécialiste. Etant rappelé que selon la CIM-10 (Classification internationale des maladies - 10^{ème} révision), la dysthymie (F34.1) se caractérise par un abaissement chronique de l'humeur, persistant au moins plusieurs années, mais dont la sévérité est insuffisante, ou dont la durée des différents épisodes est trop brève, pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent, sévère, moyen ou léger, sur cette base il apparaît que la symptomatologie dépressive affectant la recourante ne présente par définition qu'un faible degré de gravité, ce que confirme d'une part l'absence de prise en charge spécialisée, d'autre part le fait que les symptômes y relatifs décrits dans le rapport médical du 15 avril 2020 du Dr R. _____ n'empêchent pas la pleine aptitude au placement découlant de l'inscription au chômage quelques jours plus tard.

Aussi, en l'absence de diagnostic psychiatrique incapacitant, une appréciation en fonction de la grille d'évaluation normative et structurée selon l'ATF 141 V 281 (cf. consid. 3d supra) n'a pas à être effectuée (TF 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2).

bb) Sur le plan somatique, des vertiges d'origine indéterminée, une otospongiose ainsi qu'une hypoacousie droite (appareillée par le port de prothèse) sont mentionnés par le Dr R. _____ les 10 septembre 2018, 13 août 2019, 15 avril 2020 et 22 février 2021. Ces trois atteintes à la santé, pour autant qu'elles soient toutes avérées, n'ont toutefois aucune répercussion sur la capacité de travail de la recourante. En effet, le rapport du 20 juin 2016 de CT-cérébral et des rochers réalisé le 17 juin 2016 par les radiologues au Centre d'I[...] n'a pas montré de signe radiologique en faveur d'une otospongiose. Lors de leur consultation du 11 juillet 2016, les médecins du [...] ont diagnostiqué des vertiges d'origine indéterminée et une suspicion d'otospongiose droite. Ils ont constaté que, du point de vue oto-neurologique, le status vestibulaire était sans particularité et il n'existait alors pas d'argument pour une

atteinte organique. L'otospongiose est demeurée sans suite chirurgicale. On ne trouve au dossier aucun rapport médical ultérieur à 2016 attestant d'une incapacité de travail, ni même de limitations fonctionnelles mentionnées par le corps médical en relation avec ces atteintes ou leurs symptômes.

En ce qui concerne l'atteinte à l'épaule droite de la recourante, le rapport du 11 septembre 2017 du Pr I. _____, que confirment les examens d'imagerie ultérieurs (rapport du 27 février 2018 du Dr N. _____), met en évidence une mobilité passive complète, une coiffe des rotateurs compétente mais avec force limitée par la douleur aussi bien en abduction qu'en rotation, et des signes d'autolimitation dans les mouvements du membre supérieur droit. Il n'existe pas trace au dossier de rapports médicaux circonstanciés (faute d'un suivi spécifique de cette atteinte) ultérieurs permettant d'inférer une quelconque incapacité de travail jusqu'à la date de la décision litigieuse, et l'IRM de l'épaule droite du 13 janvier 2022 ne peut être prise en compte car se rapportant à une situation postérieure à la décision, étant rappelé que, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 121 V 362 consid. 1b et les références ; TF 8C_590/2018 du 4 juillet 2019 consid. 6.1). L'OAI, suivant le SMR, retient au demeurant des limitations fonctionnelles en relation avec cette atteinte (pour rappel, « pas de travail en hauteur [échelles, échafaudages], éviter les mouvements répétitifs de l'épaule, pas de travail les bras en l'air »), qu'aucun rapport médical ne permet de remettre en cause.

Concernant les atteintes au genou gauche de la recourante, il aurait pu être fait grief à l'intimé de ne pas avoir requis production des rapports de prise en charge de l'opération du genou gauche dans les suites directes de l'accident de luge du 5 janvier 2020 ; il pourra néanmoins être renoncé à l'annulation de la décision attaquée pour complément d'instruction sur l'évolution de cette atteinte, et de ses suites post-opératoires, dans la mesure où un peu plus de trois mois plus tard, en

l'occurrence le 20 avril 2020, l'assurée s'est inscrite au chômage, sans restriction de sa capacité de travail. Cet élément confirme l'appréciation du SMR quant au caractère limité dans le temps de cette atteinte.

S'agissant de la lésion du genou gauche survenue le 21 octobre 2020 après une chute de la hauteur de l'assurée en portant un objet (procès-verbal du 15 décembre 2020 d'un premier entretien téléphonique du 21 octobre 2020 entre une gestionnaire de la CNA et l'assurée, p. 1), le diagnostic de contusion du genou gauche sur *trauma* est posé (rapport du 21 octobre 2020 du Dr B. _____). Les orthopédistes consultés à cette occasion attestent d'une incapacité de travail d'une durée de huit jours (à savoir, du 21 au 28 octobre 2020), avec une reprise de la capacité de travail à 100 % dès le 29 octobre 2020 (et non un renvoi au médecin traitant pour la suite de l'incapacité de travail ; certificat médical du 21 octobre 2020 du Dr B. _____), la radiographie du genou gauche du 21 octobre 2021 qui montre un « matériel en place, superposable avec le comparatif du 19.09.20 » (rapport du 21 octobre du Dr B. _____) ne faisant qu'étayer le caractère bénin de cette atteinte.

L'incapacité de travail dans les suites de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO) du 8 janvier 2021 est attestée par le Dr O. _____ avec une première incapacité de travail jusqu'au contrôle post opératoire du 17 février 2021 par le Dr F. _____ puis jusqu'au 11 avril 2021. Il s'agit également d'une incapacité de travail limitée dans le temps. Enfin, quelques jours après la décision litigieuse, le même Dr F. _____ a reçu la recourante à sa consultation et décrit certes une atteinte générative plus conséquente mais a attesté d'une capacité de travail de presque 100 % dans une activité adaptée (rapport du 4 juin 2021 consécutif à une consultation du 2 juin 2021 du Dr F. _____, p. 2). L'OAI, suivant le SMR, retient des limitations fonctionnelles en lien avec cette atteinte (pour rappel, « activité professionnelle en position principalement assise avec des petits déplacements mais sans charger et sans port de poids de plus de 10kg de façon régulière, pas de marche sur terrain irrégulier, dans les escaliers, activité sur échafaudages ainsi qu'activités professionnelles en position accroupie ou sur les genoux ») à la date de la décision attaquée.

d) Sur le plan médical, il ressort du dossier que la recourante a présenté une succession d'incapacités de travail entrecoupées de périodes avec capacité de travail, à savoir :

- 100 %, du 14 mars 2016 au 7 juin 2016 ;
- 50 %, du 8 juin 2016 au 30 juin 2016 ;
- 0 %, du 1^{er} juillet 2016 au 1^{er} mai 2017 ;
- 100 %, du 2 mai 2017 au 6 septembre 2017 ;
- 0 %, du 7 septembre 2017 (date de l'examen par le Pr I. _____) au 4 janvier 2020 ;
- 100 %, du 5 janvier 2020 au 19 avril 2020 ;
- 0 %, du 20 avril 2020 (date de l'inscription au chômage) au 20 octobre 2020 ;
- 100 %, du 21 octobre 2020 au 28 octobre 2020 ;
- 0 %, du 29 octobre 2020 au 7 janvier 2021 ;
- 100 %, du 8 janvier 2021 au 11 avril 2021 ;
- « presque » 0 %, du 12 avril 2021 au 1^{er} juin 2021 (examen par le Dr F. _____ datant du 2 juin 2021).

Sur cette base, étant rappelé qu'à teneur de l'art. 29^{ter} 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, la condition de l'art. 28 al. 1 let. b LAI pour avoir droit à la rente selon laquelle, l'assuré doit avoir présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable, n'est jamais réalisée jusqu'à la date de la décision attaquée.

Aussi, à défaut de présenter une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable, il n'y a pas lieu d'examiner si, au terme de cette année, la recourante est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins au sens de l'art. 28 al. 1 let. c LAI.

5. a) Enfin, reste à discuter la question du degré d'invalidité de la recourante, étant rappelé que, même si le droit à la rente n'est pas ouvert (cf. consid. 4d supra), dans ses écritures, la recourante s'étonne que l'office intimé ne lui propose aucune mesure de réadaptation professionnelle, en particulier un reclassement dans une nouvelle profession au sens de l'art. 17 LAI.

La recourante fait grief à l'intimé de ne pas expliquer quel poste et dans quel domaine elle est en mesure d'exercer une activité lucrative à plein temps. Elle doute qu'il existe des activités compatibles avec son état de santé et sa situation personnelle.

b) aa) La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 110 V 273 consid. 4b).

La référence à un marché du travail équilibré ne permet pas de prendre en considération une capacité de gain lorsque les activités envisagées ne peuvent être exercées que sous une forme tellement restreinte qu'en dehors de toute considération d'ordre conjoncturelle, elles n'existent pratiquement pas sur le marché général du travail ou que leur exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu pour la personne concernée de trouver un emploi correspondant (TF 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2 ; TF 9C_941/2012 du 20 mars 2013 consid. 4.1.2 ; MARGIT MOSER-SZELESS, *in* DUPONT/MOSER-SZELESS [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 24 *ad* art. 7).

bb) Sur le plan de l'exigibilité, les limitations fonctionnelles mises en évidence par le corps médical ne présentent pas de spécificités

telles qu'elles rendraient illusoire l'exercice d'une activité professionnelle. Le marché du travail offre en effet un large éventail d'activités sédentaires de type léger, dont on doit convenir qu'un certain nombre sont adaptées aux limitations de la recourante et accessibles sans aucune formation particulière. Malgré les handicaps, l'exercice d'une activité adaptée reste exigible à plein temps, ce qui ne prétérite en aucun cas les chances à l'emploi de la recourante envers de potentiels employeurs.

Quant au grief de l'âge que soulève encore l'intéressée, il ne serait pas de nature à modifier cette appréciation. Si le Tribunal fédéral n'a pas fixé de manière définitive une limite d'âge, à partir duquel l'assuré ne serait plus apte à exercer une activité sur le marché de l'emploi, les 48 ans de la recourante au moment de la décision attaquée, dans la mesure où elle est de surcroît susceptible d'exercer une activité à temps plein, n'ont qu'une importance secondaire (TF 9C_ 800/2008 du 18 septembre 2009 consid. 5). Ainsi, au regard de sa situation personnelle et professionnelle et de la durée probable d'activité jusqu'à l'âge de la retraite, elle n'a largement pas atteint la limite d'âge critique à partir de laquelle il n'y a plus de mise en valeur possible de la capacité de travail résiduelle sur le plan économique (TFA I 819/04 du 27 mai 2005 consid. 2 et TF I 881/06 du 9 octobre 2007 consid. 4.4).

cc) Compte tenu des éléments relevés, vu le large éventail d'activités simples et légères que recouvre le marché du travail, il y a lieu d'admettre qu'un nombre significatif d'entre elles, ne nécessitant aucune formation spécifique, sont adaptées aux problèmes physiques et aux compétences de la recourante (TF 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.3). Il existe à l'évidence des possibilités réalistes pour cette dernière de mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle sur un marché de l'emploi supposé équilibré.

c) aa) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut

raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à une éventuelle rente de l'assurance-invalidité (ATF 129 V 222 consid. 4.1 ; 128 V 174).

bb) Comme hypothèse de travail, il y a lieu de fixer le moment de la naissance du droit à une éventuelle rente de l'assurance-invalidité à l'échéance d'un délai de six mois à compter du dépôt de la demande de prestations le 10 décembre 2017 (art. 29 al. 1 LAI). Il convient donc de déterminer les revenus avec et sans invalidité à l'aune des circonstances prévalant en 2018.

cc) a) Le revenu sans invalidité est celui que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas devenu invalide (art. 16 LPGGA; art. 28a al. 1 LAI). Selon la jurisprudence, pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait - au degré de la vraisemblance prépondérante - réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 134 V 322 consid. 4.1; TF 9C_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 6.2).

b) En l'occurrence, le revenu sans invalidité de la recourante depuis le 1^{er} janvier 2016 était de 4'816 fr. 10, correspondant à un revenu annuel de 62'609 fr. (4'816 fr. 10 x 13) (« questionnaire pour l'employeur » complété le 20 mars 2018 par A. _____ SA). Adapté à l'évolution des salaires pour 2017 et 2018 (+ 0,4 % et + 0,5 % [Office fédéral de la statistique, Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation

et des salaires réels, 2010-2020, T39]), le revenu sans invalidité se serait élevé à 63'173 fr. 73.

dd) a) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée.

Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

b) Dans le cas présent, le salaire de référence pour des femmes exerçant les tâches physiques ou manuelles simples (niveau de compétences 1) dans le secteur privé (production et services) était en 2018 de 4'371 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2018, tableau TA1_tirage_skill_level, niveau de compétences 1). Compte tenu de

la durée de travail hebdomadaire de travail dans les entreprises en 2018 (41,7 heures ; cf. tableau « Durée normale de travail dans les entreprises selon la division économique » établi par l'Office fédéral de la statistique), ce montant doit être porté à 4'556 fr. 77, correspondant à un salaire annuel de 54'681 fr. 24.

ee) a) Le montant ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation) ; une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 134 V 322 consid. 5.2 ; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; TF 9C_652/2014 du 20 janvier 2015 consid. 3.1).

b) En l'espèce, les affections physiques de la recourante et le fait qu'elle doit se limiter à des travaux industriels légers non qualifiés ont été pris en compte lors de l'évaluation de sa capacité résiduelle de travail dans une activité professionnelle adaptée à sa santé. Dans ces circonstances, il n'y a pas lieu de retenir à ce titre un abattement du revenu d'invalidé résultant des données de l'Enquête suisse de la structure des salaires (ESS), ce qui reviendrait à prendre en considération le même facteur deux fois (voir TF 8C_878/2014 du 27 janvier 2015 consid. 5.2.5 et 8C_498/2012 du 6 septembre 2012 consid. 3.1). On relèvera encore que l'âge de l'assurée (46 ans en 2018) ne constitue pas en lui-même un facteur de réduction du salaire statistique. Au vu de ces éléments, il n'y a pas lieu de retenir un abattement. Il s'ensuit que le revenu d'invalidé doit être fixé à 54'681 fr. 24.

ff) a) En comparant un revenu sans invalidité de 63'173 fr. 73 avec un revenu d'invalidé de 54'681 fr. 24, il en résulte un degré d'invalidité de 13,44 %, arrondi à 13 % (cf. ATF 130 V 121).

b) Même à considérer, sur la base du rapport du Dr F. _____ du 4 juin 2021, une capacité de travail de presque 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, à interpréter comme une capacité de travail de 90 %, le degré d'invalidité serait de 22,10 %. Le droit à une rente ne serait également pas ouvert.

d) aa) Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3).

Une mesure de reclassement ne peut pas être considérée comme adéquate lorsqu'elle est, selon toute vraisemblance, vouée à l'échec eu égard aux capacités d'apprentissage limitées de l'assuré constatées par les experts (TF I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2 ; TFA I 660/02 du 2 décembre 2002 consid. 2.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 18 *ad art.* 17 LAI).

bb) En l'occurrence, dans l'hypothèse d'une capacité de travail de 90 % (cf. consid. 5 ff/b ci-dessus), la recourante ne serait éligible pour une mesure de reclassement professionnel. Toutefois, aucun élément au dossier ne permet de retenir que la recourante est actuellement apte à une telle mesure, subjectivement, dès lors qu'elle s'estime incapable d'exercer une activité lucrative, même adaptée à son état de santé. Dans ces conditions, même une aide au placement n'est pas envisageable.

6. a) Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, vu le sort de ses conclusions.

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).

d) La recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Luisa Bottarelli peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 15 février 2022, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 4'152 fr. 50, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

e) La recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

I. Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 27 mai 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Luisa Bottarelli, conseil de la recourante, est arrêtée à 4'152 fr. 50 (quatre mille cent cinquante-deux francs et cinquante centimes), débours et TVA compris.
- VI.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Luisa Bottarelli (pour H. _____),
- 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).

Le greffier :