

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 janvier 2023

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Feusi et M. Oppikofer, assesseurs
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

Q. _____, à [...], recourante, représentée par Procap Suisse, Service juridique, à Bienne,

et

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

Art. 6, 7 et 8 al. 1 et 17 LPGA ; 28 al. 1 LAI ; 87 al. 1 et 2 RAI

E n f a i t :

A. **a)** Q._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1964, mariée et mère de deux enfants adultes, a déposé une première demande de prestations en 1997, en invoquant des douleurs diffuses dans le dos et dans les jambes. Une incapacité de travail totale depuis le 14 mai 1997 était attestée, en raison notamment d'un syndrome fibromyalgique, d'un syndrome vertébral et cervical sur trouble statique, de lombosciatalgies droites sur hernie discale, d'une épicondylite gauche et d'un état dépressif chronique.

Dans le cadre de l'instruction de la demande, un mandat d'expertise médicale pluridisciplinaire a été confié au Centre de médecine des assurances de la Policlinique S._____ ([...]). Aux termes de leur rapport du 28 avril 1999, les Drs J._____ et G._____, tous deux spécialistes en médecine interne générale, ont posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux et de douleurs de l'hémicorps gauche sans systématisation et ont conclu à une capacité de travail de 30% depuis mai 1997, en raison du premier diagnostic posé. Sur le plan purement somatique, aucune limitation n'était à envisager dans un métier manuel léger.

Par décision du 13 avril 2000, l'OAI a refusé à l'assurée l'octroi de prestations, considérant que le trouble somatoforme sans comorbidité psychiatrique, dont elle souffrait, n'était pas considéré comme invalidant au sens de l'assurance-invalidité.

Par arrêt du 30 janvier 2001 (AI 152/00 - 65/2001), le Tribunal des assurances a rejeté le recours formé par l'assurée et a confirmé la décision précitée.

En date du 6 mai 2002, la IIe Chambre du Tribunal fédéral des assurances (TFA I 275/01) a considéré que ni l'expertise, ni les rapports médicaux figurants au dossier de l'assurée, n'étaient suffisamment probants du point de vue psychiatrique et, en particulier, s'agissant du

caractère invalidant ou non du trouble somatoforme douloureux. L'expertise était en revanche convaincante quant au volet somatique. Il y avait toutefois lieu, pour l'OAI, de prendre en considération une éventuelle péjoration de l'état de santé de l'assurée postérieure au 13 avril 2000, telle que l'attestait (cf. rapport du 4 mai 2001) le Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, au moment où il se prononcerait à nouveau sur la demande de prestations de l'assurée. L'autorité judiciaire précitée a ainsi annulé l'arrêt du 30 janvier 2001 ainsi que la décision du 13 avril 2000 et a renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

L'OAI a donc confié un mandat d'expertise au Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès du Centre médical de [...]. Aux termes de son rapport du 15 janvier 2003, l'expert a retenu les diagnostics de trouble somatoforme indifférencié léger et de personnalité à traits passifs-dépendants. Il a précisé qu'au niveau de la personnalité, il retenait un fonctionnement « probablement » de type passif-dépendant mais qu'il ne s'agissait en aucun cas d'un trouble majeur de la personnalité pouvant être assimilé à une atteinte à la santé mentale. Quant au premier diagnostic, l'expert l'a posé compte tenu du caractère très hétérogène et atypique des plaintes (douleurs mal systématisables et limitations plus fonctionnelles qu'anatomiques), tout en mentionnant que ce trouble ne revêtait pas un caractère de gravité exceptionnelle pouvant être assimilé à une atteinte à la santé mentale. Il n'y avait en outre aucune comorbidité psychiatrique significative. Il a conclu à une capacité de travail entière dans toute activité « compatible avec sa motivation, sa formation ou ses limitations fonctionnelles éventuelles ».

Par décision du 6 février 2003, l'OAI, en se fondant sur le rapport d'expertise du Dr N._____, a rejeté la demande de prestations de l'assurée, au motif qu'elle présentait un trouble somatoforme indifférencié léger et une personnalité à traits passifs-dépendants sans aucune comorbidité psychiatrique grave l'empêchant de travailler.

Dans le cadre de l'opposition formée par l'assurée, l'OAI a sollicité un avis du Dr C._____, médecin qui avait opéré l'assurée le 10 mai 2001 par acromioplastie de l'épaule gauche. Dans son rapport du 13 octobre 2003, ce médecin a posé les diagnostics de lombalgies sur discopathie lombaire avec hernie discale postéro-latérale droite au niveau de l'espace intersomatique L5-S1, de probable fibromyalgie, de douleurs à l'épaule droite sur conflit acromio-huméral et de status après acromioplastie de l'épaule gauche pour conflit acromio-huméral et d'arthrose acromio-claviculaire bilatérale. Il a considéré que sa patiente ne disposait d'aucune capacité de travail tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, dès lors qu'elle ne pouvait travailler ni debout, ni trop longtemps assise, qu'elle n'était pas en mesure d'effectuer des travaux répétitifs, ni en force, et qu'elle ne pouvait pas soulever de poids, sans aggraver rapidement la symptomatologie liée aux problèmes des deux épaules, des lombaires et à la fibromyalgie.

Compte tenu notamment de la nouvelle atteinte évoquée (intervention à l'épaule gauche le 10 mai 2001), le SMR a estimé qu'un examen rhumatologique était nécessaire. Dans un rapport du 13 janvier 2004 y relatif, il est fait mention à titre de diagnostics d'un état douloureux persistant plus marqué à gauche, de hernie discale médiane paramédiane droite L5-S1 non déficitaire, de status post acromioplastie gauche le 10 mai 2001, d'excès pondéral et d'hypertension artérielle traitée. La Dre U._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a conclu que l'assurée ne présentait pas de limitations fonctionnelles somatiques objectives empêchant une activité professionnelle, étant précisé que l'état de santé s'était plutôt amélioré du point de vue rhumatologique selon les examens à disposition. Celle-ci ne se disait ni déprimée, ni angoissée. Un déconditionnement physique global modéré pouvait tout de même être retenu, portant surtout sur la musculature du tronc et dû à l'inactivité physique dans une stratégie d'évitement. La capacité de travail était ainsi de 100% avec une éventuelle diminution de rendement dans un premier temps dû au déconditionnement.

Par décision sur opposition du 16 février 2004, l'OAI a rejeté l'opposition formée par l'assurée, considérant, en se fondant sur le rapport d'expertise du Dr N._____ quant au volet psychiatrique d'une part et sur le rapport d'examen rhumatologique de la Dre U._____ au plan somatique d'autre part, que l'assurée ne présentait pas d'atteinte invalidante limitant sa capacité de travail.

Statuant sur recours, le Tribunal des assurances a, par jugement du 6 décembre 2004 (AI 24/04 - 34/2005), confirmé la décision attaquée.

Par arrêt du 3 mai 2006 (TFA I 244/05), la IV^e Chambre du Tribunal fédéral des assurances a considéré que les premiers juges avaient à juste titre privilégié les constatations effectuées par les Drs N._____ et U._____ et ainsi nié à l'assurée le droit à une rente d'invalidité.

b) Le 12 décembre 2014, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations, en raison d'un carcinome invasif au sein gauche diagnostiqué le 31 juillet 2014. Elle travaillait alors en tant que femme de ménage à 50% chez B._____ SA depuis le 9 septembre 2013 ainsi que pour le Z._____ depuis le 11 février 2014. Elle a présenté une incapacité de travail totale depuis le 17 juillet 2014.

Complétant le formulaire de détermination du statut (part active/part ménagère), l'assurée a indiqué qu'elle travaillerait à 50% depuis mars 2010 sans atteinte à la santé pour des raisons financières.

Dans un rapport du 4 août 2015 de la Consultation de cardiologie de la Policlinique S._____, il était mentionné une insuffisance aortique modérée voire sévère nécessitant la réalisation d'une IRM [imagerie par résonance magnétique] cardiaque et un suivi régulier par échocardiographie.

D'un rapport d'examen rhumatologique du 10 mars 2017 du Dr P._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie et médecin auprès du Service médical régional de l'OAI (SMR), il résulte qu'aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail n'a été retenu sur le plan ostéoarticulaire et, comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, le Dr P._____ a fait état de douleurs mécaniques des épaules, d'obésité de classe 1 et de légers troubles statiques du rachis. La capacité de travail était de 100% tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

Le 21 juillet 2017, la Dre K._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin au sein du SMR, a conclu qu'il fallait suivre les conclusions de l'expert rhumatologue dans le contexte où les atteintes oncologique et cardiaque étaient stabilisées au plus tard début 2016 et que celui-ci ne retenait pas d'atteinte incapacitante de longue durée sur plan musculosquelettique, ni de limitations fonctionnelles ostéoarticulaires. La capacité de travail était ainsi estimée à 100% depuis début 2016 dans une activité adaptée, étant précisé que l'activité habituelle de femme de ménage n'était pas compatible avec les empêchements décrits et que l'incapacité de travail était donc totale depuis le début de la maladie oncologique, soit depuis le 17 juillet 2014.

Dans un rapport du 24 novembre 2017, le Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique, a posé le diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de douleurs des deux épaules sur conflit sous-acromial et pathologie dégénérative de la coiffe des rotateurs. Il a mentionné qu'à la suite de l'intervention (arthroscopie) réalisée le 13 juillet 2017, l'évolution était favorable. Il a conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle, tout en précisant qu'une activité adaptée, ne nécessitant pas le port ou le transfert de charge, l'élévation des bras et des mouvements répétitifs, pourrait être envisagée dès le début de l'année 2018 s'agissant des épaules. Selon lui toutefois, compte tenu des diverses pathologies présentées par l'assurée, celle-ci ne pourrait pas reprendre d'activité même adaptée.

Par avis du 19 juin 2018, le SMR a conclu que l'assurée avait connu des périodes d'incapacité de travail transitoires depuis le précédent rapport SMR du 21 juillet 2017 et non en lien avec une atteinte incapacitante durable, au sens de l'assurance-invalidité.

Dans un rapport du 6 juillet 2018, le Dr X._____, spécialiste en chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique, qui a opéré l'assurée le 29 novembre 2017 pour un remplacement valvulaire aortique par une prothèse métallique à double ailettes, a constaté sept mois après l'intervention qu'il n'y avait pas de disjonction sternale, ni de mauvaise position du fil sternal, ni de processus infectieux ou inflammatoire en cours malgré les douleurs importantes ressenties par l'assurée au niveau de la sternotomie médiane. Il proposait à la patiente de reprendre contact au mois de septembre 2018 si les douleurs sternales persistaient de manière invalidante.

Aux termes d'un rapport d'enquête économique sur le ménage du 14 janvier 2019, l'évaluatrice a retenu un statut de personne 100% active.

Par projet de décision du 17 janvier 2019, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui octroyer une rente limitée dans le temps, soit du 1^{er} juillet 2015 au 31 mai 2016, étant précisé que celle-ci avait présenté une nouvelle incapacité de travail totale dès le 13 juillet 2017 (en lien avec l'arthroscopie de l'épaule droite), mais qu'elle avait recouvré une pleine capacité de travail dès le 1^{er} janvier 2018.

Par communication du 17 janvier 2019, l'OAI a octroyé à l'assurée une mesure d'aide au placement, à laquelle celle-ci a renoncé en date du 27 janvier 2019.

Le 5 février 2019, l'assurée, par l'intermédiaire de Procap, a indiqué vouloir déposer des objections au projet de décision du 17 janvier 2019 et a requis une prolongation du délai. Par courrier du 4 mars 2019,

elle a sollicité une nouvelle prolongation, tout en précisant que son état de santé s'était dégradé, ayant dû subir deux nouvelles opérations.

Par rapport du 19 mai 2019, la Dre I._____, médecin auprès du Service de chirurgie cardiaque du Centre hospitalier R._____. ([...]) a mentionné que l'évolution post-opératoire, à la suite de l'intervention de remplacement valvulaire aortique réalisée le 29 novembre 2017, était favorable sur le plan cardiaque, si bien que l'assurée pouvait reprendre une activité professionnelle à 100%.

Compte tenu du contexte médical, l'OAI a repris l'instruction du dossier en faisant procéder, par l'intermédiaire du SMR, à des investigations supplémentaires sur les plans ostéoarticulaire et oncologique (cf. avis SMR du 27 août 2019).

Dès lors que les rapports des Drs M._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée (cf. rapport du 24 juillet 2019), W._____, spécialiste en oncologie médicale (cf. rapport du 23 septembre 2019) et B._____, spécialiste en rhumatologie (cf. rapport du 9 septembre 2019), faisaient état de divergences d'appréciation de la capacité de travail, même dans une activité adaptée, le SMR a suggéré la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique et de médecine interne (cf. avis SMR du 29 janvier 2020).

L'expertise en question a été confiée au Centre d'expertises L._____. ([...]) et plus particulièrement aux Drs F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, D._____, spécialiste en médecine interne générale, et A._____, spécialiste en rhumatologie. Aux termes de leur rapport du 16 septembre 2020, les experts ont retenu les diagnostics ayant ou non une incidence sur la capacité de travail de carcinome invasif NST du quadrant inféro-externe du sein gauche de stade 3B Her-2 positif avec status après chimiothérapie néoadjuvante, de tumorectomie et curage axillaire, d'insuffisance aortique avec remplacement valvulaire de type mécanique, d'hypertension artérielle de longue date, de douleurs persistantes de l'épaule droite après arthroscopie, de syndrome

douloureux chronique depuis 20 ans, de discrets troubles statiques et dégénératifs du rachis de longue date, inchangés, de douleurs fluctuantes de l'épaule gauche depuis une arthroscopie en 2001, avec une IRM normale en 2016, de trouble anxieux et dépressif mixte de légère à moyenne intensité (F41.2), de modification durable de la personnalité en cours, sans précision (F62.9), de cholécystectomie (1995) et d'amygdalectomie (1996). Ils ont conclu à une capacité de travail dans une activité adaptée de 0% depuis le 31 juillet 2014 (cancer du sein) jusqu'au 31 mai 2016, de 80% dès le 1^{er} juin 2016 jusqu'au 29 novembre 2017 (date du remplacement valvulaire aortique), de 0% dès le 29 novembre 2016 [recte 2017] à fin juillet 2018 (contrôle à 7 mois post-opératoire) et de 80% dès le 1^{er} août 2018. Les experts ont précisé que les incapacités et les limitations fonctionnelles étaient motivées par l'atteinte sénologique et les affections cardiaque et ostéoarticulaire. La diminution de la capacité de travail sur le plan psychique était comprise dans les taux indiqués et ne s'additionnait pas.

A la suite d'un courrier du 15 octobre 2020 de l'assurée et d'un avis SMR daté du même jour, l'expert D. _____ a apporté des précisions au sujet du rapport d'expertise.

Le Dr H. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant de l'assurée depuis le 26 août 2019, a également fourni un rapport daté du 29 janvier 2021, dans lequel il a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen (F32.1) dès 2014 et fait état d'une incapacité de travail totale en l'état, pouvant peut-être évoluer jusqu'à 30%. Il a précisé qu'il existait beaucoup de limitations physiques, un trouble de l'estime de soi et de la confiance en soi. Concernant les ressources, le médecin précité a indiqué que sa patiente était combative et énergique.

Par avis du 24 février 2021, le SMR a mentionné que le rapport du Dr H. _____ n'apportait aucun élément nouveau et que les conclusions de l'expertise étaient médicalement cohérentes, si bien qu'il n'y avait pas de raison de s'en écarter.

Le service de réadaptation de l'OAI a procédé au calcul du salaire exigible de la part de l'assurée le 9 mars 2021. Il a fixé, en se fondant sur le compte individuel (CI), le revenu sans invalidité à 38'889 fr. 20 et le revenu avec invalidité (80%) à 41'434 fr. 12, en se référant à l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) et après déduction d'un abattement de 5% en raison de l'âge. Après comparaison des revenus avec et sans invalidité, aucun préjudice économique n'était à constater. A titre d'exemples d'activités adaptées figurait un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger (par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères ou encore ouvrière dans le conditionnement).

Par projet de décision du 10 mars 2021 annulant et remplaçant celui du 17 janvier 2019, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui octroyer une rente entière limitée dans le temps, soit du 1^{er} juillet 2015 au 31 août 2016.

Le 2 juin 2021, l'assurée par l'intermédiaire de Procap, a contesté le projet précité, en considérant notamment que l'amélioration de son état de santé de juin 2016 retenue par l'OAI n'avait pas eu lieu. A l'appui de ses objections, elle a fourni un rapport du 18 avril 2021 du Dr H._____, dans lequel celui-ci soulignait que sa patiente souffrait d'un épisode dépressif d'intensité moyenne persistant depuis 2019 (date de sa prise en charge), voire-même depuis 2014, et que les limitations fonctionnelles qu'elle présentait sur le plan purement psychiatrique étaient importantes (fatigue constante, voire épuisement, ruminations permanentes et crises de panique contaminant son attention). Celle-ci passait de longues heures à ne rien faire. Le traitement antidépresseur à raison de 10mg/jour avait été augmenté à 20mg/jour, associé à 2 comprimés par jour de Tranxilium 5mg. Ce traitement avait permis une diminution des crises d'anxiété et une légère amélioration du fond anxieux, mais l'état dépressif persistait. Le traitement psychothérapeutique se poursuivait. Le pronostic était défavorable, la situation étant déjà chronifiée.

Dans un avis du 23 juin 2021, le SMR a soutenu qu'il n'y avait, médicalement, pas de fait nouveau, en se référant en particulier au volet psychiatrique du rapport d'expertise du Centre d'expertises L._____ du 16 septembre 2020, et donc pas de raison de modifier sa position.

Par décision du 21 juillet 2021 annulant et remplaçant celle du 9 juillet 2021, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière du 1^{er} juillet 2015 au 31 août 2016, dès lors qu'elle avait connu une incapacité totale dans toute activité dès juillet 2014 et que dès juin 2016, sa capacité de travail était de 80% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (éviter les mouvements répétés des membres supérieurs, avec une activité au-dessus des épaule, le port de charges étant également limité, ainsi que les efforts soutenus et les déplacements importants). La comparaison des revenus sans et avec atteinte à la santé aboutissait à une perte de revenu nulle et, partant, à un degré d'invalidité nul, n'ouvrant pas de droit à une rente. La nouvelle période d'incapacité totale que l'assurée avait connue du 29 novembre 2017 au 31 juillet 2018 en raison de l'atteinte cardiaque n'ouvrait pas non plus de droit à une rente, l'incapacité étant inférieure à une année compte tenu du nouveau délai de carence à prendre en compte, s'agissant d'une nouvelle atteinte à la santé.

B. Par acte du 14 septembre 2021, l'assurée, par l'intermédiaire de Procap, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à son annulation et à ce qu'elle soit mise au bénéfice d'un rente entière non limitée dans le temps et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants. Elle a en substance contesté l'amélioration de son état de santé constatée depuis juin 2016 aboutissant à lui reconnaître une capacité de travail résiduelle de 80% dans une activité adaptée et a, à cet égard, estimé que l'expertise du Centre d'expertises L._____ n'avait pas valeur probante. Elle a également fait valoir que le taux d'abattement retenu de 5% était insuffisant et qu'il aurait fallu le fixer à 15%. A l'appui de son recours, la recourante a produit divers rapports médicaux soit :

- un rapport du 18 avril 2021 du Dr H._____, déjà produit dans le cadre de la procédure administrative ;
- un rapport du 19 août 2021 du même médecin, dans lequel il reprend en substance les constatations faites dans son précédent rapport, confirmant le diagnostic d'épisode dépressif d'intensité moyenne persistant (F32.1), tout en précisant qu'il y avait eu une aggravation depuis le printemps 2021 vers un épisode dépressif sévère sans troubles psychotiques (F32.2) à la suite du décès de la mère de l'assurée le 18 mai 2021. Il conclut à une capacité de travail nulle tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée en raison des limitations fonctionnelles (état dépressif, état de fatigue, manque d'énergie, troubles de la concentration, trouble de l'attention et ruminations) ;
- un rapport du 19 août 2021 de la Dre E._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de la recourante, qui rappelle les limitations fonctionnelles présentées par la recourante (éviter les mouvements répétés du membre supérieur gauche et les activités au-dessus de l'épaule ainsi que le port de charges de plus de 2 kg, étant précisé que les efforts soutenus ou les déplacements importants ne sont plus possibles depuis l'intervention cardiaque). Elle évoque également les douleurs de l'ensemble du rachis, ainsi que les troubles du sommeil avec fatigabilité et considère que la capacité de travail de 80% retenue dans le rapport d'expertise du Centre d'expertises L._____ est largement surestimée ;
- un rapport du 7 septembre 2021 du Prof. O._____, spécialiste en cardiologie, précisant que la patiente

signalait une dyspnée persistante et des douleurs au niveau du sternum mais qu'il n'avait pas revu celle-ci depuis juillet 2021 ;

Par courrier du 21 décembre 2021, la recourante a notamment produit un rapport du 1^{er} décembre 2021 du Prof. O._____, dans lequel ce médecin a indiqué que la situation était plutôt rassurante sur le plan cardiovasculaire et qu'il convenait encore d'exclure une cause pneumologique pour expliquer la dyspnée présentée par la patiente.

Par réponse du 13 janvier 2022, l'intimé a précisé, en se fondant sur des avis SMR des 15 novembre 2021 et 11 janvier 2022, qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter de l'expertise du Centre d'expertises L._____. Le SMR a toutefois reconnu une nouvelle période d'incapacité de travail totale du 13 juillet 2017 au 31 juillet 2018, en raison de l'arthroscopie de l'épaule et du remplacement valvulaire, qui se traduisait par l'octroi d'une rente entière du 1^{er} juillet 2018 au 31 octobre 2018. L'intimé a en outre estimé qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter du taux d'abattement retenu de 5%.

Répliquant le 4 février 2022, la recourante a cité un arrêt du Tribunal fédéral (9C_211/2021 du 5 novembre 2021), selon lequel l'OAI devait vérifier dans quelle mesure un assuré avait besoin de la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique, si celui-ci était âgé de 55 ans révolus ou avait bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins dans les cas de réduction ou de suppression du droit à la rente. Elle a estimé que cette jurisprudence lui était applicable.

Par duplique du 23 février 2022, l'intimé a relevé que la jurisprudence citée par la recourante ne lui était, au contraire, pas applicable, dès lors que celle-ci avait 54 ans lorsqu'elle avait récupéré une capacité de travail dans une activité adaptée (juillet 2018) et qu'elle n'avait pas bénéficié d'une rente d'invalidité depuis quinze ans au moins.

E n d r o i t :

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

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

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations déposée le 12 décembre 2014, singulièrement sur la question de savoir si la recourante peut prétendre à une rente d'invalidité au-delà du 31 août 2016.

3. 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 21 juillet 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).

4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte

d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

c) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente - qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit - et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à

influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la 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.

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

Conformément à l'art. 88a al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), 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.

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 une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) La jurisprudence attache toutefois une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C_631/2012 du

9 novembre 2012 consid. 3, 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée). Lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b, 352 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1, 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

6. a) Tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées).

b) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art. Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). 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).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en

considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un

comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

7. 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. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

Il doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1).

8. a) Par décision du 21 juillet 2021, l'intimé a octroyé à la recourante une rente limitée dans le temps, soit du 1^{er} juillet 2015 au 31 août 2016, considérant que celle-ci avait connu une amélioration de son état de santé dès juin 2016. La recourante conteste l'amélioration constatée et fait valoir, au contraire, que son état de santé s'est aggravé tant du point de vue somatique que psychiatrique. Conformément aux principes rappelés ci-avant (cf. consid. 4c), il sied de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision, avec examen matériel du droit, entrée en force – soit celle du 16 février 2004, confirmée par arrêt du Tribunal des assurances du 6 décembre 2004, puis par arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 3 mai 2006 – avec les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse, rendue le 21 juillet 2021.

b) Dans le cadre de l'instruction ayant abouti à la décision sur opposition du 16 février 2004, l'OAI avait mis en œuvre une expertise psychiatrique confiée au Dr N._____. Aux termes de son rapport du 15

janvier 2003, l'expert a retenu les diagnostics de trouble somatoforme indifférencié léger et de personnalité à traits passifs-dépendants. Il a précisé qu'au niveau de la personnalité, il retenait un fonctionnement « probablement » de type passif-dépendant mais qu'il ne s'agissait en aucun cas d'un trouble majeur de la personnalité pouvant être assimilé à une atteinte à la santé mentale. Quant au premier diagnostic, l'expert l'a posé compte tenu du caractère très hétérogène et atypique des plaintes (douleurs mal systématisables et limitations plus fonctionnelles qu'anatomiques), tout en mentionnant que ce trouble ne revêtait pas un caractère de gravité exceptionnelle pouvant être assimilé à une atteinte à la santé mentale. Il n'y avait en outre aucune comorbidité psychiatrique significative. Il a conclu à une capacité de travail entière dans toute activité.

Sur le plan somatique, l'OAI s'est fondé sur le rapport d'examen rhumatologique du 13 janvier 2004, dans lequel la Dre U. _____ a posé les diagnostics d'état douloureux persistant plus marqué à gauche, de hernie discale médiane paramédiane droite L5-S1 non déficitaire, de status post acromioplastie gauche le 10 mai 2001, d'excès pondéral et d'hypertension artérielle traitée. Elle a conclu que l'assurée ne présentait pas de limitations fonctionnelles somatiques objectives empêchant une activité professionnelle, étant précisé que l'état de santé s'était plutôt amélioré du point de vue rhumatologique selon les examens à disposition. Celle-ci ne se disait ni déprimée, ni angoissée. Un déconditionnement physique global modéré pouvait tout de même être retenu, portant surtout sur la musculature du tronc et dû à l'inactivité physique dans une stratégie d'évitement. La capacité de travail était ainsi de 100% avec une éventuelle diminution de rendement dans un premier temps dû au déconditionnement.

c) Dans le cadre de la nouvelle demande déposée par la recourante en 2014, une expertise a été mise en œuvre auprès du Centre d'expertises L. _____, compte tenu notamment de nouvelles atteintes apparues en 2014 (carcinome invasif du sein gauche diagnostiqué le 31 juillet 2014) et en 2017 (opération de remplacement valvulaire aortique le

29 novembre 2017) et de divergences d'appréciation entre les différents médecins impliqués. Chaque expert a considéré la situation médicale de la recourante sous l'angle de sa spécialité et leurs conclusions ont été réunies dans un rapport consensuel du 16 septembre 2020.

aa) Sur le plan formel, l'expertise du Centre d'expertises L. _____ ne prête pas le flanc à la critique et remplit tous les réquisits de la jurisprudence pour se voir attribuer une pleine valeur probante. En effet, les experts ont établi chacun le contexte médical de la recourante, puisqu'ils ont résumé son dossier médical, synthétisant des documents médicaux depuis 1997 (cf. pp. 4 à 19 de chaque volet). Ils ont procédé aux examens cliniques personnellement et conformément à leur spécialité, avant de tenir des discussions au terme des entretiens séparés, et de rédiger une évaluation consensuelle. Ils ont établi l'anamnèse actuelle, systématique, familiale, personnelle, professionnelle et sociale de la recourante. Les experts ont rapporté les plaintes de la recourante et communiqué des conclusions motivées et cohérentes avec leurs observations.

bb) Sur le plan matériel, il convient de déterminer si les conclusions de l'expertise peuvent être remises en cause par d'autres avis médicaux.

aaa) Au plan somatique, les experts ont retenu notamment les diagnostics de carcinome invasif NST du quadrant inféro-externe du sein gauche de stade 3B Her-2 positif, diagnostiqué par biopsie le 31 juillet 2014 avec status après chimiothérapie néoadjuvante, de tumorectomie et curage axillaire le 7 janvier 2015, de status après radiothérapie adjuvante et chimiothérapie durant une année en post-opératoire, d'insuffisance aortique avec remplacement valvulaire de type mécanique le 5 décembre 2017, d'hypertension artérielle de longue date, de douleurs persistantes de l'épaule droite après arthroscopie en juillet 2017, de discrets troubles statiques et dégénératifs du rachis de longue date, inchangés et de douleurs fluctuantes de l'épaule gauche depuis une arthroscopie en 2001 avec une IRM normale en 2016.

En l'occurrence, il est constant que la recourante a présenté une nouvelle atteinte en 2014, soit un carcinome invasif du sein gauche diagnostiqué en juillet 2014, lequel a entraîné une incapacité de travail totale, l'intéressée ayant bénéficié d'une chimiothérapie néoadjuvante entre le 21 août et le 4 décembre 2014, d'une tumorectomie avec curage ganglionnaire le 7 janvier 2015, puis d'une radiothérapie complémentaire et d'une chimiothérapie durant une année. L'expert D. _____ a considéré que la recourante avait récupéré une pleine capacité de travail en lien avec cette atteinte dès le mois de juin 2016, étant précisé que la maladie était considérée en rémission depuis le mois de mars 2016. A noter que l'expert se contredit car il mentionne en page 21 de son rapport que la maladie est considérée en rémission depuis mars 2016 alors qu'en page 27 du même rapport, il cite le mois de septembre 2016. Cette erreur ne suffit toutefois pas à remettre en cause la valeur probante du volet de médecine interne du rapport d'expertise du Centre d'expertises L. _____, dans la mesure où l'on peut admettre une rémission dès le mois de mars 2016 en suivant le rapport du 15 mars 2016 du Dr Y _____, spécialiste en médecine interne générale, mentionné dans la synthèse du dossier, en page 12. L'expert précité a retenu les limitations fonctionnelles suivantes en lien avec cette atteinte : éviter les mouvements répétés du membre supérieur gauche avec activité au-dessus des épaules, limitation du port de charges (déhiscence de la cicatrice de sternotomie). En l'occurrence, aucune pièce au dossier ne vient contredire ces constatations, si bien que l'amélioration de l'état de santé de la recourante à partir de juin 2016, à la suite de la rémission constatée en mars 2016, doit être admise pour ce qui est de l'atteinte oncologique.

Hormis la maladie oncologique, la recourante a présenté une insuffisance aortique pour laquelle elle a subi, le 29 novembre 2017, une opération de remplacement valvulaire aortique par une prothèse métallique à double ailettes medtronic ATS 23, sous circulation extracorporelle. L'expert D. _____ a retenu que l'incapacité de travail en lien avec cette intervention avait duré jusqu'en juillet 2018 (contrôle à sept mois post-opératoire) après un séjour au Centre hospitalier R. _____ du

28 novembre au 10 décembre 2017, puis au Centre de traitement et de réadaptation de la [...]. On relèvera à cet égard que la recourante n'a plus été suivie depuis juillet 2018 par le service de cardiologie (cf. avis SMR du 27 août 2019). Elle n'a manifestement pas non plus repris contact avec le Prof. X._____, probablement en raison de la disparition des douleurs sternales. A cela s'ajoute le rapport du 16 mai 2019 de la Dre I._____, qui fait état d'une évolution post-opératoire favorable tout en précisant que du point de vue cardiaque, la patiente pouvait reprendre une activité professionnelle à 100%. L'expert D._____ a en particulier confirmé que la situation sur le plan cardiologique était stabilisée après le remplacement de la valve et a précisé que la dyspnée décrite par l'assurée était probablement la conséquence d'un déconditionnement (cf. rapport d'expertise, volet de médecine interne, p. 27) ou éventuellement d'une atteinte pneumologique (avis SMR du 11 janvier 2022) qui devrait, le cas échéant, faire l'objet d'une nouvelle demande. Le bilan cardiovasculaire était rassurant et confirmait une absence d'aggravation (cf. rapport du 1^{er} décembre 2021 du Prof. O._____). Selon l'expert D._____, l'affection cardiaque nécessitait d'éviter les efforts soutenus et les déplacements importants (depuis le 29 novembre 2017). La capacité de travail était nulle dès le 29 novembre 2017 jusqu'à fin juillet 2018 en raison de cette atteinte. L'avis de l'expert D._____, qui rejoint ceux des autres spécialistes consultés, peut également être suivi s'agissant de l'atteinte cardiaque.

L'expert précité a encore précisé que l'hypertension artérielle présentée par la recourante était connue et traitée de longue date.

Sur le plan rhumatologique, l'experte A._____ a, pour sa part, retenu les diagnostics de douleurs persistantes de l'épaule droite après arthroscopie en juillet 2017, de syndrome douloureux chronique depuis plus de 20 ans, de discrets troubles statiques et dégénératif du rachis de longue date et de douleurs fluctuantes de l'épaule gauche depuis une arthroscopie de cette épaule en 2001, avec une IRM normale en 2016. Elle a procédé à une comparaison entre la situation de 1997 et celle au jour de l'expertise. S'agissant du trouble somatoforme

douloureux, elle a rappelé que celui-ci était déjà présent en 1997 et qu'il avait été considéré comme non invalidant. De son avis, ce trouble, toujours présent au jour de l'expertise, restait inchangé. S'agissant des rachialgies, les plaintes étaient inchangées depuis 1997 et les différents examens effectués depuis étaient non relevant. Une hernie discale décrite sur un CT-scan de 1997 avait régressé sur une IRM de 2003. Il existait de discrets troubles statiques du rachis inchangés depuis des années et de discrets troubles dégénératifs sur les radiographies, également inchangés depuis des années. Enfin, pour ce qui était des épaules, l'experte a rappelé qu'en 2016, une IRM de l'épaule gauche s'était révélée normale hormis un status post suture du sus-épineux. En 2017, une IRM de l'épaule droite décrivait une hypertrophie de l'acromio-claviculaire et un tendon sus-épineux légèrement épaissi. En juillet 2017, une arthroscopie de l'épaule droite avait été effectuée avec suture du sus-épineux et acromioplastie. En novembre 2017, le Dr C._____ estimait que l'évolution était favorable avec moins de douleurs à droite et disparition des douleurs à gauche. Pour lui, une activité adaptée sans port de charges lourdes, sans élévation des bras, ni mouvements répétitifs, était possible dès le début de l'année 2018. L'experte a donc retenu pour seule modification de l'état de santé de la recourante depuis la dernière décision entrée en force du 16 février 2004, confirmée par arrêt du TFA du 3 mai 2006 (TFA I 244/05), l'atteinte à l'épaule droite à la suite de l'arthroscopie effectuée en juillet 2017, engendrant des limitations fonctionnelles, telles que retenues par le Dr C._____ et le SMR, à savoir l'absence de port répété de charges lourdes avec le membre supérieur droit et l'absence de mouvements répétés en élévation du bras droit au-dessus des épaules dès le début de 2018 (cf. volet rhumatologique du rapport d'expertise du 16 septembre 2020 du Centre d'expertises L._____). Ainsi, pour ce qui est des douleurs aux épaules, on peut admettre, avec l'experte qui rejoint l'avis du Dr C._____, qu'une activité adaptée sans port de charges lourdes, sans élévation des bras, ni mouvements répétitifs, est exigible depuis janvier 2018.

bbb) Sur le plan psychiatrique, l'expert F._____ a retenu les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte de légère à moyenne

intensité (F41.2) et de modification durable de la personnalité en cours, sans précision (F62.9). Il a expliqué que l'assurée était, depuis 2014, sous impact de plusieurs problèmes somatiques, une atteinte cancéreuse et une atteinte cardiaque, qu'elle avait perdu une partie de sa vitalité physique et cumulé une détresse psychique associée, qui avait été d'abord identifiée lors des hospitalisations, puis par ses médecins traitants. Il a mentionné avoir retenu le diagnostic d'état anxiodépressif mixte, car il existait en parallèle des fluctuations cliniques significatives et une palette de symptômes anxieux mixtes, non spécifiques, pas directement associables à une pathologie d'anxiété proprement dite. L'expert précité a précisé que s'étaient ajoutés des problèmes contextuels qui, avec leur durée, avaient laissé des marques sur le fonctionnement général de l'expertisée, raison pour laquelle il avait retenu une modification de personnalité en cours. Lors de l'examen clinique, il avait constaté un léger ralentissement psychomoteur, une énergie vitale réduite, des moments de détresse, de larmes, mais pas de fixation émotionnelle. L'ensemble des observations l'a conduit à un constat d'un état anxiodépressif de légère à moyenne intensité toujours en vigueur. Il a mentionné rejoindre très largement les appréciations antérieures des médecins, précisant qu'à un moment donné, les thérapeutes de la recourante avaient insisté pour qu'elle ait un suivi sur le plan psychique, ce qui était le cas depuis 2019 et relevant également que celle-ci était sous traitement antidépresseur. Concernant le diagnostic de modification de la personnalité en cours, sans précision, celui-ci était lié au syndrome algique global relativement fixé. Il ne s'agissait pas d'une maladie psychiatrique primaire mais bien associée à une globalité de problèmes physiques. L'expert a ainsi motivé les diagnostics posés et a conclu à une capacité de travail de 80% depuis 2019.

S'agissant de l'analyse du cas à la lumière des indicateurs définis par la jurisprudence (cf. consid. 6 *supra*), on relèvera que l'expert F._____ a mentionné, s'agissant des ressources, que l'assurée avait une relativement bonne aptitude à la communication, qu'elle n'avait aucune difficulté à respecter un cadre, que sa capacité d'adaptation était légèrement réduite, que sa capacité d'organisation était intacte, que sa

capacité d'endurance était diminuée par rapport à la norme, qu'il n'y avait pas de difficulté majeure pour une prise de décision et de jugement et qu'elle était apte à une capacité relationnelle avec un réseau relativement étoffé. S'agissant des ressources externes, l'assurée disposait d'un relativement bon réseau familial (cf. volet psychiatrique, p. 30). L'expert a également indiqué que le monitoring médicamenteux avait montré une observance correcte avec un taux sérique de la substance dans la fourchette thérapeutique définie, si bien que l'on pouvait déduire une efficacité du traitement instauré, correspondant également à l'auto-appréciation. Ainsi, le traitement, introduit depuis 2019 et maintenu, avait une bonne influence sur l'état clinique de l'expertisée. Une légère tendance à la dramatisation, verbale, avait été constatée, ce qui ne disqualifiait toutefois pas la souffrance authentique. L'expert s'est aussi prononcé par rapport à la cohérence, en indiquant que celle-ci était relativement bonne entre les symptômes décrits sur le plan purement psychique et les observations. Le descriptif d'une journée-type permettait en outre de constater que l'expertisée était en mesure de réaliser certaines activités (promenades, rangements, participation aux repas, lecture, télévision, commissions, crochet). Force est ainsi d'admettre que les indicateurs ont été pris en compte dans l'appréciation de l'expert et que son rapport peut se voir ainsi reconnaître une pleine valeur probante.

cc) Les rapports des médecins traitants, en particulier ceux du Dr H. _____ (cf. rapports des 29 janvier 2021, 18 avril 2021 et 19 août 2021) ne permettent en outre pas de remettre en cause les conclusions des experts du Centre d'expertises L. _____, dans la mesure où ils ne sont pas suffisamment détaillés. De surcroît, ils n'apportent pas d'éléments nouveaux qui n'auraient pas été pris en compte ou ignorés par l'expert psychiatre. En effet, le diagnostic d'épisode dépressif moyen posé par le Dr H. _____ n'est qu'une autre appréciation d'un même état de fait. L'expert a, pour sa part, retenu un trouble anxieux et dépressif mixte de légère à moyenne intensité, en motivant, comme on l'a vu, le diagnostic posé. Il avait par ailleurs connaissance du fait que la recoursante était suivie chez un psychiatre traitant depuis 2019. Certes, le Dr H. _____ mentionne une aggravation de l'état de santé de sa patiente depuis le

printemps 2021, en raison notamment du décès de la mère de celle-ci en mai 2021 (cf. rapport du 19 août 2021). Toutefois, au moment où la décision litigieuse a été rendue, soit le 21 juillet 2021, il n'y avait pas suffisamment d'éléments et de recul pour conclure que l'aggravation avait duré plus de trois mois.

dd) Compte tenu de l'appréciation de la situation médicale effectuée par les experts et de la capacité de travail retenue eu égard aux différentes atteintes présentées par la recourante, l'OAI aurait dû examiner le droit à une rente limitée dans le temps, soit du 1^{er} juillet 2018 (délai d'attente d'un an en raison de nouvelles pathologies) au 31 octobre 2018 (trois mois après l'amélioration constatée par les experts du Centre d'expertises L. _____ depuis août 2018, ce qui correspond à 7 mois post-opératoire).

Le SMR a d'ailleurs, admis, dans son avis du 11 janvier 2022, que la période d'incapacité totale de travail courant de juillet 2017 à juillet 2018 ouvrait le droit à une rente entière du 1^{er} juillet 2018 au 31 octobre 2018 et qu'il y avait ainsi lieu de réformer la décision entreprise, en accordant à la recourante une telle rente. En l'occurrence, on constate effectivement que la recourante a été en incapacité de travail totale dès juillet 2017, date de l'arthroscopie de l'épaule droite, et qu'elle a continué à être en incapacité de travail totale sans interruption en raison de l'atteinte aortique dès novembre 2017 jusqu'en juillet 2018. Ces atteintes lui ouvrent ainsi bel et bien le droit à une rente entière d'invalidité pour la période courant de juillet 2018 à octobre 2018.

9. Pour ce qui est de l'aspect économique, la recourante ne critique pas, en tant que tel, le calcul du salaire exigible effectué par l'OAI, hormis le taux d'abattement de 5% retenu, trop faible selon elle, qui devrait être porté à 15% au moins pour tenir compte de ses limitations fonctionnelles, de son âge et de l'absence de formation.

En l'occurrence, le revenu sans invalidité de 38'889 fr. 20, qui est fondé sur le compte individuel (CI) et qui n'est pas contesté, peut être

confirmé. Quant au revenu avec invalidité, il a été calculé à juste titre sur la base de l'ESS (niveau de compétence 1, année 2016) au taux de 80%, compte tenu de la capacité de travail retenue médicalement. Le taux d'abattement de 5% retenu par l'OAI tient compte de l'âge de la recourante. L'OAI a cependant considéré qu'il n'y avait pas lieu de tenir compte d'une réduction supplémentaire après examen des autres facteurs. Il n'y a pas de raison de s'écarter de ce taux, étant précisé que les limitations fonctionnelles ont été prises en compte dans la diminution de la capacité de travail et que l'absence de formation n'empêche aucunement la recourante d'entrer dans une démarche de réinsertion. Le revenu avec invalidité de 41'434 fr. 12 peut ainsi également être confirmé. Dès lors qu'il n'y a pas de préjudice économique, c'est à bon droit que l'OAI a considéré que la recourante n'avait pas de droit à une rente d'invalidité pour la période courant de septembre 2016 à juin 2018, puis à compter du 1^{er} novembre 2018.

10. Au stade de la réplique, la recourante fait valoir que la jurisprudence (TF 9C_2011/2021 du 5 novembre 2021), selon laquelle l'examen de la nécessité de mesures d'ordre professionnel doit être effectué malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique en fonction des circonstances concrètes, lui est applicable.

Il convient toutefois de rappeler que cette jurisprudence concerne les personnes assurées de plus de 55 ans révolus ou qui ont bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Le point de savoir si les critères de la durée de quinze années d'allocation de la rente ou de l'accomplissement de la cinquante-cinquième année sont réalisés doit être examiné par rapport au moment du prononcé de la décision de suppression de la rente ou à celui à partir duquel cette prestation a été supprimée (ATF 141 V 5 consid. 4). Force est en l'espèce de constater que la recourante était âgée de 54 ans, au moment où elle a récupéré une capacité de travail dans une activité adaptée, soit dès juillet 2018. En outre, elle ne bénéficiait pas d'une rente depuis quinze ans au moins. Les conditions posées par la jurisprudence fédérale n'étant pas remplies, l'intimé n'a pas violé le droit en faisant abstraction de l'arrêt précité. On

relèvera encore que, par communication du 17 janvier 2019, l'OAI a octroyé à l'assurée une mesure d'aide au placement, à laquelle celle-ci a renoncé en date du 27 janvier 2019.

11. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis et la décision attaquée réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} juillet 2018 au 31 octobre 2018, la décision de l'intimé du 21 juillet 2021 étant confirmée pour le surplus s'agissant de la rente entière limitée dans le temps, octroyée pour la période antérieure du 1^{er} juillet 2015 au 31 août 2016.

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 par 400 fr. à la charge de la recourante et par 200 fr. à la charge de l'intimé, vu l'issue du litige.

c) La recourante, qui obtient très partiellement gain de cause et qui est assistée d'un mandataire professionnel, peut prétendre à des dépens réduits (art. 61 let. g LPGA). Ceux-ci seront fixés à 500 fr et mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

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

- I.** Le recours est partiellement admis et la décision rendue le 21 juillet 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud réformée en ce sens que Q._____ a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} juillet 2015 au 31 août 2016, puis du 1^{er} juillet 2018 au 31 octobre 2018.
- II.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis par 400 fr. (quatre cents francs) à la charge de Q._____

et par 200 fr. (deux cents francs) à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera un montant de 500 fr. (cinq cents francs) à Q._____, à titre de dépens réduits.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Procap Suisse, Service juridique (pour la recourante),
- 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 :