

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 mai 2023

Composition : Mme GAURON-CARLIN, présidente
Mmes Röthenbacher, juge, et Manasseh-Zumbrunnen,
assesseure
Greffier : M. Favez

* * * * *

Cause pendante entre :

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

et

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

Art. 28 LAI et 61 let. c LPGA

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 196[...], originaire de [...], au bénéfice d'un permis d'établissement (C), est arrivée en Suisse au mois de janvier 198[...]. Mère de deux enfants nés en 198[...] et 199[...], sans formation professionnelle, elle a travaillé, en dernier lieu, dès 2003, pour la société [...] comme ouvrière dans une fabrique de bouteilles de PET.

L'assurée a été licenciée de cet emploi pour le 31 octobre 2004.

L'assurée a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité le 20 avril 2006 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en signalant un diabète et une hypertension artérielle depuis le mois de mai 2004.

L'OAI a recueilli des renseignements auprès des médecins traitants de l'assurée.

Dans un rapport du 15 juin 2006, le Dr N._____, spécialiste en médecine interne générale, en endocrinologie et en diabétologie, qui suivait l'assurée depuis le mois de mars 2005, a fait savoir que le diabète évoluait sans complication particulière et que l'hypertension artérielle était stabilisée. Mentionnant un état de fatigue persistant dont une éventuelle origine endocrinologique avait pu être exclue, le Dr N._____ n'a pas retenu d'incapacité de travail particulière.

Dans un rapport du 28 juin 2006, le Dr M._____, spécialiste en médecine interne générale, également médecin-traitant de l'assurée depuis le mois de mai 2004, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail d'hypertension artérielle, de diabète sucré et de lombalgie sur discopathie L4-L5-S1. Il a attesté d'incapacités de travail totales du 1^{er} septembre 2004 au 7 février 2005 et du 23 mai au

31 juillet 2005, puis de 50 % dès le 10 août 2005. Il a estimé que l'activité habituelle n'était plus exigible, mais que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (sans port de charge en positions variables), l'assurée bénéficiait d'une capacité de travail de 5 heures par jour avec une diminution de rendement de 20 %.

Dans un avis du 9 janvier 2007, le Service médical régional de l'assurance-invalidité a proposé la mise en œuvre d'un examen clinique rhumatologique.

Le 2 avril 2007, le Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie et médecin auprès du SMR, a procédé à l'examen clinique rhumatologique de l'assurée. A cette occasion, l'assurée a informé l'examineur qu'elle avait retrouvé un emploi à raison de deux heures le soir dans un hôtel comme femme de chambre. Dans son rapport d'examen clinique rhumatologique du 14 mai 2007, le Dr B._____ n'a pas retenu de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Sans avec répercussion sur la capacité de travail, il a posé ceux de diabète insulino-requérant (E 10.9), d'hypertension artérielle traitée (I 10), d'obésité et de dorsolombalgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis (M 54).

Sur la base de son examen clinique, le Dr B._____ n'a conséquemment pas retenu d'incapacité de travail ni de limitations fonctionnelles. Le diabète semblait bien équilibré. Au status, il a noté des troubles statiques modérés du rachis. La mobilité lombaire était satisfaisante et la mobilité cervicale discrètement réduite. La mobilité des articulations périphériques était bien conservée. S'agissant des points de fibromyalgie, ils étaient insuffisamment douloureux (4 points sur 18) pour permettre de retenir ce diagnostic. Au final, la capacité de travail était complète dans l'activité habituelle d'ouvrière d'une fabrique confectionnant des bouteilles en PET ainsi que de femme de chambre. Elle était aussi complète quelle que soit l'activité professionnelle, les troubles statiques et dégénératifs du rachis étant modérés et l'hypertension artérielle et le diabète étant relativement bien équilibrés.

Par décision du 8 février 2008, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée du 20 avril 2006, considérant que l'assurée bénéficiait d'une pleine de capacité de travail dans son activité habituelle. Cette décision est entrée en force.

B. L'assurée a travaillé pour l'H._____ en qualité de gestionnaire d'intendance depuis le 1^{er} janvier 2015 au taux de 50 %. A ce titre elle était assurée contre la perte de gain en cas de maladie auprès de P._____ SA.

En raison de douleurs à l'épaule droite, l'assurée a bénéficié d'une arthro-IRM de cette épaule le 21 mars 2017, laquelle a révélé une rupture complète avec rétraction tendineuse du sus-épineux jusqu'à la glène humérale, un sous-épineux intact, une déchirure partielle du sous-scapulaire, une rupture complète de la partie intra-articulaire du long chef du biceps, une légère atrophie du muscle sus-épineux et aucun signe d'arthropathie acromio-claviculaire.

Dans un rapport du 11 octobre 2017, le Dr E._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a mentionné une consultation le 10 octobre 2017 pour des douleurs de l'épaule droite persistantes depuis trois ans environ. Sur la base d'une imagerie (arthro-IRM du 21 mars 2017), il a confirmé une déchirure complète avec une rétraction du sus-épineux, une déchirure partielle du sous-scapulaire et une ancienne déchirure du long chef du biceps et a proposé une solution chirurgicale, sans garantie toutefois de pouvoir refixer correctement le sus-épineux du fait de sa rétraction.

Le 17 novembre 2017, le Dr E._____ a réalisé une arthroscopie de l'épaule droite en raison d'une rupture transfixiante en « L » avec désinsertion transosseuse des tendons sus-épineux et sous-épineux et d'un conflit sous-acromial (protocole opératoire du 17 novembre 2017).

Dans un rapport à P._____ SA du 19 février 2018, le Dr F._____, spécialiste en médecine interne générale, a mentionné un diagnostic de tendinopathie de l'épaule droite à l'origine d'une incapacité de travail à 100 % du 25 octobre au 17 novembre 2017.

P._____ SA a annoncé l'assurée en détection précoce (DP) à l'OAI le 23 mars 2018, en indiquant qu'elle présentait une incapacité de travail à 100 % depuis le 9 novembre 2017.

Dans un rapport du 27 mars 2018 au Dr F._____, le Dr E._____ a fait état d'une évolution plus lente qu'habituellement avec la persistance de douleurs nécessitant la prise de médicaments et la prescription de séances de physiothérapie. Il a prolongé l'incapacité de travail jusqu'au 30 avril 2018.

L'OAI a entendu l'assurée le 14 mai 2018 par téléphone. Elle a fait part d'une atteinte à la santé à l'épaule droite, opérée au mois de novembre 2017. Au terme de l'entretien, l'OAI a invité l'assuré à déposer une demande de prestations de l'assurance-invalidité.

L'assurée a déposé le 10 juin 2018 une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, en faisant état d'une affection à l'épaule droite.

En raison de douleurs à l'épaule gauche, l'assurée a bénéficié d'une arthro-IRM de cette épaule le 13 juin 2018 (Dr T._____, spécialiste en radiologie), laquelle a révélé une déchirure transfixiante de l'extrémité distale du tendon du sus-épineux, des tendons du sous-épineux, petit rond et sous-scapulaire en continuité, une hypertrophie avec hypersignal T2 du tendon du long chef du biceps au niveau de sa poulie et une légère arthrose acromio-claviculaire.

L'assurée a aussi bénéficié d'une arthro-IRM de l'épaule droite le 13 juin 2018 (Dr T._____), laquelle a montré des stigmates de

chirurgie du tendon supra-épineux avec un aspect continu de celui-ci, une rupture filiforme transfixiante du tendon infra-épineux se poursuivant par une dissection lamellaire infra-tendineuse modérée, une minime bursite sous-acromio-deltoïdienne et une arthropathie acromio-claviculaire modérée (rapport du 14 juin 2018 du Dr T._____).

En raison de douleurs à l'épaule gauche, l'assurée a consulté le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur à l'H._____. Dans son rapport du 4 juillet 2018 au Dr F._____, ce chirurgien a proposé une suture de coiffe des rotateurs de l'épaule gauche et indiqué que sa patiente prendrait le temps de la réflexion.

Le 13 juillet 2018, l'OAI a versé au dossier l'extrait du compte individuel AVS de la recourante, lequel montrait notamment que la recourante a par le passé travaillé pour une fabrique de [...] ([...]) et une boucherie industrielle ([...]).

Le 30 juillet 2018, l'assurée a rempli un questionnaire de l'OAI intitulé « détermination du statut ». Elle a indiqué que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 51 % comme femme de chambre ou gestionnaire d'intendance par nécessité financière.

Le 29 août 2018, l'H._____ a complété le questionnaire employeur de l'assurance-invalidité. Il a fait savoir que l'assurée travaillait 21 heures 30 par semaine (sur un horaire de travail à 100 % de 42 heures dans l'entreprise) pour un salaire mensuel brut, rapporté à un taux d'activité de 100 %, de 4'363 francs (journal individuel 2018 en annexe au rapport précité).

En raison d'une évolution défavorable sur le plan de la mobilité de l'épaule droite, prenant la forme d'une limitation de la mobilité, d'une diminution de la force et d'une symptomatologie douloureuse, entraînant une importante impotence fonctionnelle (cf. rapport initial DP du 23 août 2018 ; procès-verbaux d'entretien à

l'H._____ des 19 novembre 2018), le Dr E._____ a pratiqué une IRM de contrôle le 3 juillet 2018, laquelle a montré une rupture filiforme transfixiante du sous épineux.

Dans un rapport du 27 décembre 2018, le Dr E._____ a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de douleurs séquellaires de l'épaule droite dans le cadre d'un status post réparation transosseuse de la coiffe des rotateurs le 17 novembre 2017. Il a indiqué à l'OAI qu'il avait mis fin au traitement en ce qui le concernait le 3 juillet 2018. Ce chirurgien a attesté d'une incapacité de travail à 100 % du 3 novembre 2017 au 31 juillet 2018. Il a précisé que la suite serait prise en charge par le Dr F._____. Il a indiqué que, à son avis, la rupture filiforme transfixiante du sous épineux identifiée à l'IRM du 3 juillet 2018 n'expliquait pas la symptomatologie présentée par sa patiente. Le Dr E._____ a estimé que l'assurée ne pourra plus pratiquer ses activités professionnelles et ceci de manière définitive, sans reclassement possible.

Dans un rapport du 19 juillet 2019, le Dr F._____ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de rupture tendineuse de l'épaule droite opérée, de maladie de Crohn, d'hypertension artérielle et de diabète. Il a retenu une incapacité de travail totale dans toutes activités en raison de douleurs des deux épaules limitant le port de charges et les mouvements répétés.

Une échographie des deux épaules a été réalisée le 5 mars 2020 par le Dr T._____. Cet examen a montré, à gauche, une rupture partielle transfixiante du tendon sus-épineux gauche comblé par un matériel fibreux, une source d'un double épanchement liquidien au sein de la bourse sous-acromio-deltoïdienne et en intra-articulaire, l'intégrité de la plastie du tendon sus-épineux droit et des séquelles de ténotomie du tendon du long biceps. L'échographie de l'épaule droite est revenue normale.

Dans un rapport du 13 avril 2020, le Dr I._____, spécialiste en gastro-entérologie et en hépatologie a posé le diagnostic de maladie de

Crohn sans limitations fonctionnelles autre que la proximité des toilettes. Il a décrit une rémission complète sous traitement biologique par Humira ®.

Sur demande de la Dre K._____, médecin au SMR, le Dr F._____ a confirmé la teneur de son premier rapport par réponse du 16 avril 2020.

Dans un avis du 16 juin 2020, la Dre G._____, médecin au SMR, a constaté l'évolution défavorable d'une rupture tendineuse de l'épaule droite opérée qui rendait vraisemblablement l'activité de femme de ménage non exigible. Elle a demandé une « expertise rhumatologique » afin de clarifier l'exigibilité d'une activité adaptée.

Durant l'été 2020, l'assurée a bénéficié d'investigations sur le plan cardiologique auprès du Dr U._____, spécialiste en médecine interne générale et en cardiologie. Dans un rapport du 30 juillet 2020, le Dr U._____ a mentionné un status cardiovasculaire à haut risque en raison d'un diabète ancien, depuis plus de vingt ans, ceci même s'il était bien équilibré. En conséquence, il a prévu un bilan cardiovasculaire exhaustif.

Dans le rapport du 7 août 2020, le Dr U._____ a conclu à l'absence d'argument pour une cardiopathie ischémique évolutive avec une perfusion normale au pic du stress et une absence de séquelle de nécrose.

Le 19 août 2020, le Dr S._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie et médecin auprès du SMR, a procédé à l'examen clinique rhumatologique de l'assurée.

Dans un rapport du 20 août 2020, le Dr U._____ a effectué des mesures de tensions qui restaient correctes sur le plan diurne, mais étaient moins satisfaisantes en phase nocturne, ce qui demandait d'adapter le traitement.

Dans son rapport d'examen clinique rhumatologique du 31 août 2020, le Dr S. _____ du SMR a posé les diagnostics suivants :

« **DIAGNOSTICS**

Avec répercussion durable sur la capacité de travail

Diagnostic principal

- SYNDROME DE LA COIFFE DES ROTATEURS DE L'ÉPAULE D DANS LE CADRE D'UNE PLASTIE DU TENDON DU SUS-ÉPINEUX ET DU SOUS-ÉPINEUX, D'UNE ACROMIOPLASTIE DE DÉCOMPRESSION, DE LA RÉSECTION DE LA CLAVICULE DISTALE INFÉRIEURE, D'UNE TÉNODÈSE DU LONG CHEF DU BICEPS LE 17.11.2017 AVEC PERSISTANCE D'UNE PETITE DÉCHIRURE DU TENDON SOUS-ÉPINEUX, UNE ARTHROPATHIE ACROMIO-CLAVICULAIRE.

(...)

Diagnostics associés

- SYNDROME DE LA COIFFE DES ROTATEURS DE L'ÉPAULE G AVEC DÉCHIRURE DU TENDON DU SUS-ÉPINEUX ET LÉGÈRE ARTHROPATHIE ACROMIO-CLAVICULAIRE.

Sans répercussion sur la capacité de travail :

- DISCOPATHIES L4-L5, L5-S1, ACTUELLEMENT ASYMPTOMATIQUES. »

Sur la base de son examen clinique, le Dr S. _____ a retenu que l'assurée présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle d'employée de maison depuis le 8 novembre 2017 selon le rapport de l'employeur du 29 août 2018. Il a en revanche retenu que l'assurée bénéficiait d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (activité prolongée au-dessus de l'horizontale, ports de charges répétés au-delà de 5 kg, mouvements répétitifs ou contre résistance des épaules) dès le 3 juillet 2018, date de la fin du suivi chez le Dr E. _____. A l'examen clinique, le Dr S. _____ a noté des discordances entre les plaintes de l'assurée et ses observations (*« L'important handicap provoqué par les douleurs des épaules, chez une assurée qui déclare être très limitée dans ses tâches ménagères, ne concorde avec la mobilité spontanée des épaules, qui n'est pas entravée au moins jusqu'au plan des épaules et sans manifestation algique. En effet, l'assurée n'a aucune difficulté à se pencher du côté D et à prendre des documents médicaux se situant dans son sac déposé par terre et à les tendre au médecin examinateur. L'assurée prend appui contre le mur de la main G pour maintenir son équilibre lors du déshabillage du bas. Lors du*

déshabillage du haut, elle élève les deux bras pratiquement à la verticale. Pour se retourner sur la table d'examen, elle prend appui sur ses bras, ce qui représente un soulèvement de charges conséquent au vu de l'obésité », rappelant que celles-ci avaient aussi été relevées par le Dr E._____. Il a fait état de facteurs contextuels qui avaient vraisemblablement un effet défavorable. S'agissant du pronostic, le Dr S._____ le qualifie d'incertain sur le plan ostéoarticulaire, la déchirure de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche étant susceptible de s'aggraver au cours des années et d'entraîner l'indication à un traitement chirurgical.

Le 28 octobre 2020, la REA a procédé au calcul du préjudice économique en retenant un revenu sans invalidité de 56'602 fr. 54. Quant au revenu d'invalidité, fixé sur la base des statistiques salariales, il s'élevait à 51'957 fr. 15 compte tenu d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée et d'un abattement de 5 % en raison de l'âge. Le détail de ce calcul était le suivant :

(...)

Au bas de cette fiche de calcul, la REA a en outre décrit les exemples d'activités adaptées en ces termes :

« Notre assurée pourrait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans 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, ouvrière dans le conditionnement, le travail d'usinage, de montage et de contrôle, notamment dans les secteurs de la manufacture horlogère, électronique, mécanique ou encore la production pharmaceutique ou d'instruments de mesures ou médicaux. (...). »

Une enquête économique sur le ménage a été menée le 18 février 2021 au domicile de l'assurée. Dans son rapport du même jour, l'enquêtrice a estimé qu'il convenait de retenir un statut de 51 % active et de 49 % ménagère. Les incapacités ménagères ont été estimées à 28,1 %.

L'OAI a rendu le 19 mars 2021 un projet de décision de refus de rente et de mesures professionnelles, au motif que le taux d'invalidité de l'assurée de 17,96 % était insuffisant.

Le 17 avril 2021, l'assurée a soulevé des objections à l'encontre de ce projet de décision en contestant l'évaluation médicale de sa situation, faisant grief à l'OAI d'avoir sous-estimé les atteintes à la santé et alléguant que son état de santé ne lui permettait plus d'exercer une activité professionnelle.

Dans le cadre de sa contestation, elle a produit :

- Un rapport du 5 mai 2021 du Dr F._____, lequel annonçait les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de douleurs articulaires et musculaires des épaules allant en s'aggravant, gênant le port de charges lourdes supérieures à 2 kg et interdisant les positions avec les bras au-dessus des épaules et les travaux répétitifs. Il a mentionné une hypertension artérielle difficile à équilibrer, un diabète de type 2 IR gênant la récupération, des douleurs musculaires, une maladie de Crohn avec injections, le tout influençant négativement le moral de l'assurée avec une asthénie chronique.
- Un rapport du 18 mai 2021 du Dr E._____, lequel mentionnait l'évolution défavorable de l'intervention de l'épaule droite avec la persistance de douleurs à la mobilisation sans que l'on puisse noter une limitation fonctionnelle active ou passive. Pour ce chirurgien, il était illusoire d'envisager une reprise de l'activité professionnelle même adaptée compte tenu de l'âge, de l'absence de formation professionnelle et du niveau de langue de sa patiente. Il a ajouté que l'évolution actuelle était aussi défavorable au niveau de l'épaule gauche.

Invité à s'exprimer sur les éléments médicaux fournis par l'assurée dans le cadre de sa contestation, la Dre K. _____ du SMR a indiqué ce qui suit dans un avis du 19 août 2021 :

« **Discussion et conclusion :**

Le médecin traitant n'apporte pas d'élément médical objectif nouveau. L'examen clinique du SMR tient compte des mêmes LF qu'il avance, concernant les autres pathologies qui sont connues de longue date chez cette assurée, aucune aggravation n'est décrite. L'hypertension artérielle est prise en charge par le cardiologue et le traitement a été adapté et un bilan complet était rassurant. La maladie de Crohn est en rémission quant à elle.

Concernant les éléments transmis par l'orthopédiste, ils sont d'ordre extra-médicaux (âge, formation, langue) et ne sont pas de nature à modifier nos conclusions. »

Par décision du 23 août 2021, l'OAI a entériné son refus d'octroyer une rente et des mesures professionnelles à l'assurée, conformément à son projet de décision du 19 mars 2021. Une lettre d'accompagnement datée du même jour prenait position sur les objections formulées.

C. a) Par acte du 16 septembre 2021, A. _____, a adressé à l'OAI un recours contre la décision du 23 août 2021 en concluant implicitement à son annulation. Elle a complété son acte les 29 septembre et 19 octobre 2021, toujours auprès de l'OAI.

b) Par courrier du 21 octobre 2021, l'OAI a transmis l'acte du 16 septembre 2021, ainsi que les compléments des 29 septembre et 19 octobre 2021 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal comme objet de sa compétence.

c) Par acte du 24 novembre 2021, A. _____, désormais représentée par Procap, a complété son recours en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} décembre 2018 avec intérêts à 5 % l'an, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI afin qu'il reprenne l'instruction et rende une nouvelle décision sur la base d'un abattement de 25 %. Dans un premier moyen, elle a soutenu qu'elle n'était plus en mesure de mettre en valeur

sa capacité de travail résiduelle sur le marché du travail équilibré. Elle a allégué qu'en raison de nombreux facteurs inhérents à sa personne, les possibilités de retrouver un emploi étaient irréalistes et qu'il convenait dès lors de considérer l'invalidité comme totale. Dans un deuxième moyen, elle s'est plainte d'une violation de la maxime inquisitoire en faisant valoir que l'OAI n'avait pas respecté son devoir d'instruire complètement sa cause, singulièrement en lien avec sa santé psychique. Elle a aussi reproché à l'OAI l'appréciation rhumatologique qui ne reposait selon elle que sur un avis SMR. Elle a requis en conséquence la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire indépendante. En dernier lieu, elle a fait grief à l'OAI d'avoir retenu un abattement de 5 % sur le revenu d'invalidité alors que, à son avis, un abattement de 25 % se justifiait pour tenir compte de toutes les circonstances de son cas d'espèce (limitations fonctionnelles, âge, absence d'expérience dans d'autres domaines que ses activités professionnelles antérieures, nationalité et langue).

d) Dans sa réponse du 16 décembre 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Tout d'abord, il a souligné que la recourante était encore loin de l'âge, considéré comme proche de la retraite au sens de la jurisprudence, si bien qu'il n'était pas justifié de procéder à une analyse globale de la situation. Concernant l'aspect médical, l'OAI a nié que la recourante présentait une aggravation significative des pathologies connues lors de la précédente décision de refus de prestations et a rappelé que les autres atteintes à la santé décrites par les médecins traitants n'entraînaient pas d'incapacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Il s'est prévalu de la valeur probante du rapport d'examen clinique rhumatologique du 31 août 2020 et a renvoyé à l'analyse effectuée par le SMR le 19 août 2021. En ce qui concernait l'abattement, il a indiqué que les limitations fonctionnelles n'étaient pas assez importantes pour limiter l'accès à un éventail d'activités suffisamment large et n'engendraient pas de désavantage sur le plan salarial.

e) Par réplique du 21 janvier 2022, l'assurée a maintenu les griefs avancés dans son mémoire du 24 novembre 2021. Sur le plan

médical, elle a produit un « certificat médical » du Dr F._____, daté du 18 janvier 2022, lequel attestait de ce qui suit (sic) :

« Presente une pejoration de son état de santé avec état dépressif, difficultés mobilité cause douleurs polyarticulaires et polyopathologies cardiovasculaires (HTA, DNID , dyslipid)

Du point de vue general, l ensemble se pejore et entraine une invalidité malgre son suivi et ses traitements en cours »

f) Dupliquant en date du 8 février 2022, l'OAI a une nouvelle fois conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Il a précisé que la simple attestation du médecin traitant d'une péjoration de l'état de santé ne permettait pas de remettre en cause la décision de refus de prestations.

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 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 une rente d'invalidité dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations du 10 juin 2018. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si, par analogie avec l'art. 17 LPGA, l'OAI était fondé à nier une péjoration de l'état de

santé depuis la décision de refus de rente du 8 février 2008 entrée en force.

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 23 août 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 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).

Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

d) Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes - la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte -, dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel.

aa) Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des

possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA).

bb) Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021] en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA et 27 RAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

cc) Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021] en corrélation avec l'art. 27^{bis} RAI; voir par ailleurs ATF 131 V 51 consid. 5.1.2).

e) Lors de l'examen initial du droit à la rente, il convient d'examiner quelle est la méthode d'évaluation de l'invalidité qu'il s'agit d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes reconnues (méthode générale de comparaison des revenus [art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA], méthode spécifique [art. 28a al. 2 LAI en corrélation

avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA], méthode mixte [art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27^{bis} RAI]) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente. Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2 et les références).

5. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

b) 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).

c) Selon l'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).

d) Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Ce devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment

élucidés. Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales (TF 9C_1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 3.2.1). Sont considérés comme nécessaires tous les moyens de preuve qui permettent d'établir les faits pertinents à l'application du droit. L'assureur n'a, au demeurant, pas à épuiser toutes les possibilités d'investigation, s'il estime, par une appréciation anticipée des preuves fournies par les investigations auxquelles il a déjà procédé, que certains faits présentent le degré de preuve requis par les circonstances et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (JACQUES-OLIVIER PIGUET, in ANNY-SYLVIE DUPONT/MARGIT MOSER-SZELESS [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n. 9 ss ad art. 43 LPGA)

e) 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 asséculo-logique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par 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).

f) Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes,

ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux avis de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées ; TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et les références citées). Il convient cependant de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C_10/2017 précité consid. 5.1 et les références citées).

6. a) La recourante se plaint de l'appréciation erronée de son état de santé, jugeant insuffisante l'instruction médicale de son dossier. Elle expose que sa « *situation de désespoir en lien avec l'augmentation de ses douleurs* » a été ignorée. Elle reproche en outre à l'OAI de ne pas avoir suivi l'avis du médecin du SMR qui préconisait une expertise rhumatologique, alors qu'un simple examen clinique rhumatologique aurait été diligenté. Elle reproche également à l'intimé une mauvaise appréciation des preuves, tant dans l'axe rhumatologique que dans l'axe psychique. Aussi, elle requiert la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire couvrant l'ensemble des affections dont elle souffre.

b) En l'occurrence, il y a lieu de constater que la décision attaquée est fondée sur le rapport d'examen clinique rhumatologique du 31 août 2020 du Dr S._____, lequel a examiné l'assurée au SMR le 19 août 2020. Ce document a valeur de rapport d'examen médical de l'assurée au sens de l'art. 49 al. 2 RAI et non d'avis SMR, document destiné notamment à conseiller l'office AI ou récapituler les documents médicaux d'un assuré, au sens de l'art. 49 al. 1 RAI.

Sur le plan formel, le rapport d'examen clinique rhumatologique du Dr S._____ remplit toutes les exigences requises par la jurisprudence pour se voir accorder pleine valeur probante. En effet,

l'examineur a établi le contexte médical de la recourante de manière très détaillée, puisqu'il a reconstitué son dossier médical depuis le début de la prise en charge (pp. 1-3), recueillant d'ailleurs des renseignements qui ne figuraient pas au dossier de l'intimé (indexés sous la pièce n°114 du dossier de l'intimé). Il a procédé à l'examen clinique de la recourante personnellement (pp. 5 à 7) et a étudié le dossier radiologique (pp. 7-8), avant de discuter l'ensemble des éléments recueillis (pp. 8-9). Le médecin examineur du SMR a établi l'anamnèse personnelle, familiale, médicale et professionnelle de la recourante (pp. 3-4), ainsi qu'une description de sa vie quotidienne (p. 5). Il a pris en compte les plaintes exprimées par l'intéressée (p. 4). Le Dr S._____ a posé les diagnostics avec et sans répercussion sur la capacité de travail *de lege artis* (pp. 8-9) et a procédé à l'évaluation de la capacité de travail de la recourante (pp. 9-10). Il a communiqué des conclusions motivées (pp. 8-10), claires et cohérentes avec ses observations. Il est au surplus observé que l'examen s'est déroulé en présence d'un interprète si bien que la recourante a pu s'exprimer sans être limitée par l'obstacle de la langue.

Le Dr S._____, médecin spécialiste en rhumatologie, a repris les examens radiologiques et évalué les capacités fonctionnelles de l'assurée sur la base de son examen clinique. Il a apprécié les plaintes de la recourante quant aux limitations affectant ses membres supérieurs. Il en a déduit que le syndrome de la coiffe des rotateurs bilatéral, la persistance d'une petite déchirure du tendon sous-épineux à droite, la déchirure du tendon du sus-épineux à gauche et l'arthropathie acromio-claviculaire bilatérale ne permettait plus d'exercer l'activité habituelle d'employée de maison depuis le 8 novembre 2017 (p. 10), ce dont les parties ne disconviennent pas. Le Dr S._____ a soigneusement énoncé les limitations fonctionnelles permettant de circonscrire l'aptitude de la recourante à travailler dans une activité adaptée (p. 10). Pour le médecin examineur, la capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles était entière, et ce depuis le 3 juillet 2018, date de l'arrêt du suivi chez le Dr E._____ (pp. 9-10).

A cet égard, il y a lieu de constater que les rapports du Dr E._____ et du Dr F._____ ne sauraient remettre en cause les conclusions dûment motivées du Dr S._____. Dans son rapport du 27 décembre 2018, le Dr E._____ a estimé qu'un reclassement n'était pas possible. Il y a cependant lieu de relativiser son appréciation de la capacité de travail et de réadaptation. Dès lors que, dans ce dernier rapport, le chirurgien traitant a constaté, à l'instar du Dr S._____ du SMR (p. 9), des discordances entre les plaintes de la recourante et le status ostéoarticulaire. En particulier, la rupture filiforme transfixiante du sous épineux identifiée à l'IRM du 3 juillet 2018 n'expliquait pas la symptomatologie présentée par sa patiente. Quant au Dr F._____, les limitations fonctionnelles qu'il relate dans ses rapports des 19 juillet 2019 et 16 avril 2020 (douleurs des deux épaules limitant le port de charges et les mouvements répétés) ne justifient pas une incapacité de travail dans une activité pour laquelle le port de charge et les mouvements des épaules seraient limités.

S'agissant des rapports produits dans le cadre de la procédure d'audition, ils ne sont pas davantage de nature à remettre en cause les conclusions du rapport d'examen clinique rhumatologique du 31 août 2020. Dans son rapport du 5 mai 2021, le Dr F._____ ne met pas en évidence de diagnostics nouveaux occasionnant des limitations fonctionnelles plus étendues ou qui n'auraient pas été discutés par le médecin examinateur du SMR. Il convient de distinguer, dans les rapports du Dr F._____, les plaintes et éléments subjectifs, de l'absence de nouveau déficit organique spécifique. S'agissant des plaintes et éléments subjectifs, il n'y a pas lieu de les intégrer à l'appréciation de la capacité de travail. Faute de nouveau substrat organique, il y a ainsi lieu de tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier et qui peut pour partie expliquer, dans le cas d'espèce, une appréciation différente de l'évolution des ressources résiduelles de la recourante sur le plan professionnel. S'agissant des affections relevant de la médecine interne (diabète, hypertension, maladie de Crohn), il y a lieu de préciser que celles-ci n'ont pas de répercussion sur

la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée (rapport du 14 mai 2007 du Dr B._____, rapport du 15 juin 2006 de la Dre N._____, rapport du 13 avril 2020 du Dr I._____, rapports des 30 juillet, 7 et 20 août du Dr U._____ et l'avis de synthèse de la Dre K._____ du SMR du 19 août 2021). En ce qui concerne le « certificat médical » du 18 janvier 2022 établi par le Dr F._____ et produit à l'appui de la réplique du 21 janvier 2022, il y a lieu de relever que ce document semble plutôt relayer les plaintes de sa patiente, sans justifier les allégations qu'il contient ni remettre en cause l'examen rhumatologique réalisé au SMR. En ce qui concerne l'appréciation du Dr E._____, son rapport du 18 mai 2021 mentionne certes une évolution défavorable de l'intervention de l'épaule droite avec la persistance de douleurs à la mobilisation. Cependant, le chirurgien traitant justifie l'impossibilité de reprise d'une activité professionnelle par des facteurs contextuels (âge, l'absence de formation professionnelle et niveau de langue de sa patiente). Or, sur le plan juridique, de tels facteurs sont étrangers à l'invalidité et ne doivent pas être pris en considération lors de l'examen du droit à la rente (TF 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 6.1.1 ; 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.1). Même s'ils peuvent, dans certaines circonstances, influencer sur le calcul du revenu d'invalidé, ce dont l'intimé a tenu compte comme on le verra ci-après (cf. consid. 9e/aa), il n'y a pas lieu de les intégrer à l'évaluation médicale de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles.

S'agissant de la requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise par un expert indépendant, une telle expertise n'est pas un droit de l'assurée, pour autant que les examens médicaux soient suffisants, ce qui est le cas en l'espèce. Le fait que cet examen a été confié à un médecin du SMR ne suffit pas à remettre en cause sa valeur probante du seul fait de l'appartenance du Dr S._____ à ce service. La recourante n'allègue d'ailleurs pas que ce médecin serait partial et aurait rendu délibérément un rapport favorable à l'OAI. Le seul fait qu'il retienne une capacité de travail résiduelle divergeant de celle retenue par ses médecins traitants ne suffit pas à le rendre partial.

c) En ce qui concerne l'état de santé psychiatrique de la recourante et l'expression de la douleur non objectivée médicalement et radiologiquement, aucun diagnostic de ce registre n'a été retenu, voire évoqué en cours d'instruction et l'intéressée n'a pas rendu vraisemblable qu'un diagnostic psychiatrique incapacitant devrait être reconnu. Le rapport du Dr C. _____ est trop ancien pour fournir le moindre indice d'une atteinte incapacitante actuelle. Si le Dr F. _____ évoque des doléances du registre psychiatrique, cela traduit encore une fois la retranscription de plaintes subjectives de sa patiente. Ce praticien n'a en effet pas étayé un tableau clinique permettant d'envisager une atteinte à la santé psychique. Le Dr S. _____ a discuté ce point dans son rapport d'examen clinique rhumatologique, prenant dûment en compte cet aspect. Elle sollicite la mise en œuvre d'une expertise indépendante dans cette discipline, elle n'amène toutefois aucun élément subodorant la vraisemblance de troubles du registre psychiatrique. En conséquence, la mise en œuvre d'une telle mesure n'est pas justifiée.

d) Quant à l'aggravation de son état de santé alléguée au cours de l'instruction, il apparaît qu'elle émane du médecin traitant sous forme d'un « *certificat médical* » du 18 janvier 2022 rédigé en une phrase en style télégraphique, attestant d'une péjoration de son état de santé avec un état dépressif, des difficultés de mobilité, des douleurs polyarticulaires et des polyopathologies cardiovasculaires (HTA, DNID, dyslipid). Ce même médecin avait attesté en mai 2021 que ses diagnostics avaient « *tendance à s'aggraver* », ceci également sans motivation ni détails. L'allégation de péjoration de l'état de santé provient essentiellement de l'opposition rédigée par l'assurée. En tant qu'elle serait attestée par le médecin traitant, elle l'est de manière générale sans distinctions entre les atteintes somatiques et psychologiques, sans repères temporels et sans détails ni au sujet des pathologies et de leur péjoration individuelle ni sur les limitations fonctionnelles et leur étendue, un tel document ne saurait permettre de remettre en cause un examen clinique complet cohérent avec le dossier de la cause. Il s'ensuit que l'aggravation alléguée – faute d'être rendue suffisamment vraisemblable – ne saurait justifier des investigations supplémentaires. Au demeurant, en tant qu'elle

a produit ce certificat de son médecin traitant postérieurement à la décision du 23 août 2021, elle ne saurait faire grief à l'intimé de ne pas avoir pris en compte des éléments intervenus une fois l'instruction close. Dès lors que le dernier certificat du 5 mai 2021 ne mentionnait qu'une « *tendance à l'aggravation* ». En effet, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b, avec les références citées). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération 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 (cf. ATF 99 V 98 consid. 4). Dans ces circonstances, ce document - non probant - n'est pas de nature à remettre en cause les conclusions de l'examen clinique rhumatologique réalisé par le Dr S._____. Enfin, une éventuelle aggravation de l'état de santé postérieure à la décision attaquée n'a pas lieu d'être prise en compte dans la présente procédure.

e) En définitive, le Dr S._____ du SMR a mis en évidence une aggravation objective de l'état de santé de la recourante propre à influencer le calcul du degré d'invalidité sur la part active, et donc le droit à la rente, apparue postérieurement à la décision du 8 février 2008. Il a reconnu à l'intéressée une incapacité de travail à 100 % dans son activité habituelle d'employée de maison depuis le 8 novembre 2017 (p. 10). En revanche, la recourante bénéficie d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (« *Activité prolongée au-dessus de l'horizontale, ports de charges répétés au-delà de 5 kg, mouvements répétitifs ou contre résistance des épaules* ») et ceci depuis le 3 juillet 2018, date de la fin de la prise en charge par le Dr E._____ (p. 11). Dans ce contexte il convient ainsi d'examiner l'évolution du degré d'invalidité.

f) Sur le plan médical, le dossier est complet, permettant à la Cour de statuer en toute connaissance de cause. Cela étant constaté, un complément d’instruction apparaît ainsi inutile et la requête formulée en ce sens par la recourante dans son écriture du 24 novembre 2021 – à savoir la réalisation d’une expertise judiciaire – doit être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l’instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d’une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu’elles ne pourraient pas l’amener à modifier son avis (sur l’appréciation anticipée des moyens de preuve, cf. ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

7. a) Dans un grief peu étayé, la recourante soutient qu’au vu de ses limitations fonctionnelles et de l’absence d’expérience professionnelle dans un domaine autre que celui occupé en dernier lieu, elle ne serait pas ou plus en mesure d’offrir ce qu’un employeur serait en droit d’attendre d’un employé dans des rapports de travail qualifiés de normaux. Selon l’intéressée, un éventuel employeur devrait accepter de telles concessions que l’exercice d’une activité lucrative serait incompatible avec les exigences du marché du travail équilibré (cf. mémoire complémentaire du 24 novembre 2021, pp. 4-5).

b) 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. Il n’y a donc pas lieu d’examiner la question de savoir si la recourante peut être placée eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s’il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail sur un marché où les places de travail disponibles correspondent à

l'offre de main-d'œuvre (ATF 110 V 273 consid. 4b ; TF 8C_407/2018 du 3 juin 2019 consid. 5.2 ; 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.2).

On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C_326/2018 du 5 octobre 2018 consid. 6.2 ; 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2).

c) Dans le cas particulier, compte tenu du large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées) que recouvre le marché du travail en général - et le marché du travail équilibré en particulier - il faut admettre qu'un nombre significatif d'entre elles sont adaptées à la recourante et accessibles sans formation particulière (TF 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 6.3). Du reste, contrairement à ce que soutient l'intéressée, rien ne permet d'affirmer qu'une activité dans la production ou les services serait nécessairement incompatible avec les limitations fonctionnelles constatées. C'est ici le lieu de souligner que l'OAI a énoncé différents types d'activités envisageables dans la décision entreprise (« *activité dans le domaine industriel léger, du type montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ou comme ouvrière dans le conditionnement* ») - dont il y a lieu d'admettre qu'elles ne contreviendraient pas aux restrictions physiques découlant des atteintes aux épaules. De surcroît, il y a encore lieu de rappeler que la recourante a par le passé déjà travaillé dans ce type d'activités pour lesquelles elle bénéficie donc d'une expérience ([...], cf. Extrait C.I. AVS du 13 juillet 2018).

Par surabondance, on relève enfin qu'âgée de 54 ans à la date de l'examen rhumatologique au SMR le 19 août 2020 (ATF 138 V 457), la recourante n'avait pas atteint l'âge à partir duquel la jurisprudence

considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché de l'emploi supposé équilibré (ATF 143 V 431 consid. 4.5.2 ; TF 9C_505/2016 du 6 juillet 2017 consid. 4.1 ; TF 9C_168/2015 du 13 avril 2016 consid. 7.3 et les références). Elle est ainsi encore éloignée du seuil à partir duquel le Tribunal fédéral reconnaît généralement que ce facteur devient déterminant et nécessite une approche particulière (TF 9C_652/2014 du 20 janvier 2015 consid. 4.2 et les références).

Les griefs de la recourante relatifs à la mise en valeur de sa capacité de travail résiduelle doivent donc être écartés.

8. La recourante ne remet pas en cause les conclusions de l'enquête économique sur le ménage réalisées le 18 février 2021, si bien qu'il y a lieu de s'y référer s'agissant de l'évaluation du degré d'invalidité. On observe d'ailleurs que les limitations sur le plan ménager sont cohérentes avec les limitations fonctionnelles retenues par le Dr S. _____ du SMR dans son rapport du 31 août 2020. Il y a dès lors lieu de retenir un statut de 51 % active et de 49 % ménagère, ainsi que des incapacités ménagères fixées à 28,1 %

9. a) La recourante conteste enfin le calcul de son degré d'invalidité et plus spécifiquement l'abattement sur le revenu d'invalidé. Elle soutient que l'abattement sur le revenu d'invalidé doit être de 25 % en raison de son âge, de son absence d'expérience dans d'autres professions, de ses activités professionnelles antérieures, de sa volonté de travailler à temps partiel, de sa nationalité et de ses connaissances linguistiques.

b) Il est constant que la recourante a présenté une incapacité de travail totale du 8 novembre 2017, date du début de l'incapacité de travail dans l'activité habituelle (rapport d'examen clinique rhumatologique du Dr S. _____ du 31 août 2020, p. 10), au 3 juillet 2018, date à laquelle la recourante a récupéré une capacité de

travail de 100 % dans une activité adaptée (Ibid., p. 11). Cependant, il ne s'est pas écoulé une année si bien que la condition temporelle de l'art. 28 al. 1 LAI n'est pas remplie et que l'intéressée ne saurait prétendre à une rente pour cette période.

Reste à examiner la période débutant le 3 juillet 2018.

c) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

d) aa) 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. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 143 V 295 consid. 2.2). Un éventuel salaire social versé par l'employeur n'est pas pris en considération. La preuve d'un tel salaire social est toutefois soumise à des exigences strictes, car on peut partir du principe que les salaires payés équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2).

bb) Lorsque la personne assurée 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 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1).

cc) 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 ; voir également TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). 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).

dd) La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

e) En l'occurrence, seul l'abattement est litigieux, si bien que les revenus avec et sans invalidité retenus par l'intimé à l'appui de la décision attaquée, vérifiés d'office, peuvent être confirmés.

aa) aaa) L'intimé a retenu une réduction de 5 % sur le revenu d'invalidité en raison de l'âge de la recourante (née en 196[...]). A cet égard, il y a lieu de rappeler que, de jurisprudence constante et bien que

l'âge soit inclus dans le cercle des critères déductibles (ATF 126 V 75), il ne suffit pas de constater qu'un assuré a dépassé la cinquantaine au moment déterminant du droit à la rente pour que cette circonstance justifie de procéder à un abattement. L'âge d'un assuré ne constitue pas *per se* un facteur de réduction du salaire statistique. L'effet de l'âge combiné avec un handicap doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret (TF 8C_597/2020 du 16 juin 2021 consid. 5.2.2 ; 8C_766/2017 du 30 juillet 2018 consid. 8.6). Dès lors que la recourante présente en l'espèce des limitations fonctionnelles affectant ses membres supérieurs, le critère de l'âge peut être admis en association avec les handicaps présentés par l'intéressée qui limitent en effet ses perspectives salariales de ce point de vue (cf. TF 8C_679/2020 du 1^{er} juillet 2021 consid. 6.2.1). Une déduction de 5 % peut donc être admise à ce titre sur la base d'un examen global des critères. En revanche, au regard des activités exigibles selon la décision attaquée (« *activité dans le domaine industriel léger, du type montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ou comme ouvrière dans le conditionnement* »), un nombre suffisant d'entre elles correspondent à des travaux légers respectant les limitations fonctionnelles de la recourante, si bien qu'une déduction supplémentaire sur le salaire statistique ne se justifie pas pour davantage tenir compte des circonstances liées au handicap (cf. TF 8C_118/2021 du 21 décembre 2021 consid. 6.3.1).

bbb) Pour fixer le revenu d'invalide, l'intimé s'est fondé sur le revenu auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples (du niveau de compétence 1 sur la table TA1_skill-level de l'ESS) qui ne requièrent ni formation ni expérience professionnelle spécifique. Cette valeur statistique s'applique à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, ne requérant pas d'expérience professionnelle spécifique ni de formation particulière, si ce

n'est une phase initiale d'adaptation et d'apprentissage à la prise d'emploi (TF 8C_118/2021 du 21 décembre 2021 consid. 6.3.2 ; 8C_175/2020 du 22 septembre 2020 consid. 4.2 ; 8C_766/2017 précité consid. 8.6 et les références). Dans ces conditions, il n'apparaît pas que le manque d'expérience de la recourante dans une nouvelle profession est susceptible de réduire ses perspectives salariales. Au contraire, il apparaît que la recourante a déjà effectué des activités simples et légères, notamment pour une fabrique de biscuits ou une boucherie industrielle, expériences susceptibles d'être valorisées sur le marché du travail équilibré (extrait du compte individuel AVS de la recourante produit le 13 juillet 2018). Un abattement à ce titre n'est pas justifié.

ccc) S'agissant des années de services, celles-ci perdent de leur importance en proportion des exigences moindres des activités exigibles de la recourante, de sorte qu'un abattement pour ce motif n'est pas justifié dans le cadre du niveau de compétence 1 (non qualifié) de l'ESS applicable et appliqué à juste titre à l'intéressée (ATF 126 V 75 consid. 5 b/bb ; TF 8C_883/2015 du 21 octobre 2016 consid. 6.3.2 ; 9C_874/2014 du 2 septembre 2015 consid. 3.3.2).

ddd) S'agissant de la volonté de la recourante de travailler à temps partiel, il ressort des statistiques de l'ESS que les femmes exerçant une activité à temps partiel ne perçoivent souvent pas un revenu moins élevé proportionnellement à celles qui sont occupées à plein temps. Au contraire, l'activité à temps partiel chez les femmes peut même, en comparaison avec un travail à plein temps, être proportionnellement mieux rémunérée, de sorte qu'une déduction sur le revenu d'invalidité n'est pas justifiée à ce titre (TF 9C_373/2019 du 18 juillet 2019 consid. 5.2 ; 9C_273/2019 du 18 juillet 2019 consid. 6.2 ; 9C_751/2011 du 30 avril 2012 consid. 4.2.2).

eee) S'agissant enfin de la nationalité et des connaissances linguistiques de la recourante, elle ne saurait constituer un facteur d'abattement pour une titulaire du permis d'établissement en Suisse depuis plus de trente ans et ayant déjà travaillé dans notre pays. De

surcroît, les activités exigibles de la recourante ne nécessitent pas de maîtriser une langue nationale ; le salaire moyen n'y est pas inférieur à la moyenne selon l'ESS (ATF 126 V 75 ; TF 8C_738/2012 du 20 décembre 2012 consid. 6.2 ; 8C_567/2009 du 17 septembre 2009 consid. 7.2). Au demeurant, sa nationalité et ses difficultés dans les langues nationales ne l'ont pas empêché de travailler par le passé dans les activités qualifiées d'exigibles par l'intimé (extrait du compte individuel AVS de la recourante produit le 13 juillet 2018).

fff) En définitive, l'abattement de 5 % fixé par l'intimé est approprié et doit être confirmé.

bb) Aussi, le degré d'invalidité pour la part active de 8,22 % peut être confirmé (REA, calcul du préjudice économique du 28 octobre 2020). Il en va de même du degré d'invalidité pour la part ménagère de 28,1% et de la répartition 51 % active et 49 % ménagère. Compte tenu de l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021] en corrélation avec l'art. 27^{bis} RAI), le degré d'invalidité de la recourante s'élève à 17,96 % ($[8,22 \% \times 51 \%) + [28,1 \% \times 49 \%)$; cf. consid. 4d ci-dessus) lequel, inférieur au seuil de 40 % (art. 28 al. 1 LAI), n'ouvre pas le droit à la rente.

10. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis}, première phrase, LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 600 fr. et mis à la charge de la partie recourante, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'elle a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice (cf. décision de la juge instructrice du 2 décembre 2021), ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code de procédure civile du

19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser le montant des frais judiciaires dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 23 août 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. 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 provisoirement 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 :

- Procap, 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).

Le greffier :