

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 novembre 2023

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mmes Pasche et Berberat, juges
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

N._____, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Samuel Leuba,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 17 LPGA ; art. 4 et 28 LAI ; art. 87 RAI.

E n f a i t :

A. N. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante française née en [...], en Suisse depuis 2002, auxiliaire de santé de formation, a notamment travaillé comme aide infirmière pour [...] dès janvier 2008. Le 31 juillet 2008, l'assurée a été victime, sur son lieu de travail, d'une distorsion du genou droit en aidant un résident à se lever. Une incapacité de travail totale à compter du 20 août 2008 s'en est suivie. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a pris en charge le cas.

Le 6 mai 2009, l'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a interpellé le chirurgien orthopédique [...] du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier M. _____ (ci-après : Centre hospitalier M. _____), lequel a posé le diagnostic de status après plastie du ligament croisé antérieur du genou droit. Ce médecin a fixé l'incapacité de travail de l'assurée à 100 % dans son activité habituelle depuis le 29 janvier 2009, date du début de son hospitalisation. Il a fait état des limitations suivantes : pas d'activité uniquement en position debout, pas d'activité exercée principalement en marchant ou en terrain irrégulier, pas d'agenouillement, pas de soulèvement ou port de charges, pas de travail sur échelle ou sur échafaudage (rapport du 2 juin 2009). Dans un rapport du 5 juin 2009, le Dr Q. _____, spécialiste en médecine interne générale, a posé le diagnostic de rupture du ligament croisé antérieur du genou droit, opérée par plastie le 29 janvier 2009, et attesté une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle dès le 20 août 2008.

Le Dr [...], spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a retenu, le 3 juillet 2009, le diagnostic de status après rupture et plastie du ligament croisé antérieur du genou droit. Un syndrome algo-neuro-dystrophique développé en

période post-opératoire n'était pas exclu et pouvait expliquer la relative lente amélioration et la symptomatologie douloureuse atypique. Selon ce médecin, le tableau clinique n'était toutefois pas mauvais et une reprise de l'activité professionnelle pouvait être envisagée à 50 % dans les quatre à six semaines.

L'assurée a été examinée par le médecin d'arrondissement de la CNA, le 10 septembre 2009. Dans un rapport du même jour, ce médecin a posé les diagnostics d'entorse ligamentaire au genou droit ayant comporté essentiellement une déchirure du ligament croisé antérieur, d'état après plastie avec bon résultat et d'insuffisance thyroïdienne substituée à titre de comorbidité. Selon lui, il n'existait pas d'obstacle à une reprise immédiate à 50 % de la profession habituelle, sans aménagement aucun, une reprise complète pouvant être exigée environ six semaines plus tard. Il a conclu en précisant qu'aucun élément ne semblait justifier une réorientation professionnelle.

Le 17 septembre 2009, alors qu'elle venait de reprendre le travail à l'Hôpital de [...], l'assurée a perdu l'équilibre en assistant une patiente et s'est tordu le genou droit. L'événement a été pris en charge par la CNA en tant que suite de l'accident du 31 juillet 2008.

Dans un rapport du 15 octobre 2009, le Dr [...], médecin assistant auprès de la Clinique de [...], a diagnostiqué une entorse du genou droit avec status post-plastie du ligament croisé antérieur, uniquement en rapport avec l'événement accidentel annoncé. Il a attesté une incapacité de travail totale dès le 17 septembre 2009.

L'assurée a séjourné à la Clinique [...] du 9 décembre 2009 au 19 janvier 2010 en vue de sa rééducation et de l'évaluation de ses capacités résiduelles. Dans leur rapport du 12 février 2010, les médecins de la Clinique ont posé le diagnostic primaire de thérapies physiques et fonctionnelles, et les diagnostics secondaires d'entorse du genou droit avec rupture du ligament croisé antérieur le 31 juillet 2008, de plastie du ligament croisé antérieur droit au tiers moyen du tendon rotulien le 29

janvier 2009 et de deuxième entorse du genou droit le 17 septembre 2009. Au terme du séjour hospitalier, les médecins ont constaté que la prise en charge physiothérapeutique avait amené une amélioration de la force et de la mobilité du genou, mais qu'il persistait des limitations concernant la marche rapide, l'accroupissement, l'agenouillement et la marche sur terrain irrégulier. Ils étaient d'avis que la situation médicale ne pouvait pas être considérée comme stabilisée et attestaient une incapacité de travail totale dans la profession habituelle d'aide-soignante du 9 décembre 2009 au 19 février 2010, à réévaluer.

Dans un rapport du 11 juin 2010 destiné à la Commission administrative [...], le Dr Q. _____ a exposé que sa patiente n'avait pas encore recouvré la fonction antérieure de son genou droit et qu'elle présentait toujours une instabilité et des douleurs à l'effort, de sorte qu'elle restait en incapacité totale de travail. Il a ajouté qu'elle souffrait depuis lors d'une lombo-sciatalgie droite, probablement consécutive à des troubles de la marche, ce qui avait entraîné une intensification du traitement antalgique. Une reprise de l'activité habituelle d'aide-soignante n'était plus exigible, aucune amélioration n'étant attendue. En revanche, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'intéressée (pas de flexion, levé ou port de charges fréquent, pas de montée d'escaliers, d'échelles ou de plans inclinés, alternance de la marche et des stations debout et assise), la capacité de travail était jugée pleine et entière.

Dans un rapport du 28 juin 2010, le Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a observé que la plastie tenait bien, que le genou et la cicatrice étaient calmes, sans épanchement, l'assurée présentant toutefois une amyotrophie de la cuisse droite et des signes méniscaux faiblement positifs du côté interne. Après une première imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) pratiquée au mois de juillet 2009, qualifiée de rassurante, une nouvelle IRM du 21 décembre 2009 révélait une petite déchirure de la corne antérieure du ménisque externe, une fibrose derrière le corps de Hoffa, un amincissement cartilagineux et une probable

instabilité du ligament croisé antérieur. Le chirurgien a préconisé une arthroscopie diagnostique.

Le 18 août 2010, le Dr Q._____ a indiqué que l'évolution s'était progressivement stabilisée depuis le mois de juin 2009 et qu'elle restait inchangée depuis l'automne 2009. Au vu d'une IRM du genou droit réalisée le 14 juillet 2010, il a confirmé que la plastie semblait bien tenir, que le genou était calme, sans épanchement et que la mobilisation flexion-extension était pratiquement normale à l'exception d'une amyotrophie sur le tendon du quadriceps et du mollet droits. De l'avis de ce médecin, l'assurée bénéficiait d'une capacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée à son état de santé depuis l'accident de 2008.

Le Dr H._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a diagnostiqué, dans un rapport du 1^{er} septembre 2010, des douleurs résiduelles au niveau du genou droit après entorse avec rupture du ligament croisé antérieur le 31 juillet 2008, une plastie du ligament croisé antérieur droit au tiers moyen du tendon rotulien le 29 janvier 2009, une deuxième entorse du genou droit le 17 septembre 2009, une hypothyroïdie traitée et une appendicectomie à l'âge de vingt ans. L'IRM du 14 juillet 2010 avait mis en évidence de discrets signes d'irritation osseuse antérieure au niveau du tibia accompagnés par une synovite modérée prédominant sur le pivot central et antérieurement, ainsi que quelques petits foyers de méniscopathie et un kyste pluriloculé de Baker. Dans ces conditions, le médecin d'arrondissement de la CNA a considéré que la situation n'était pas encore stabilisée, mais que quelle que soit l'évolution future du genou, il était pratiquement certain qu'elle ne permettrait pas à l'assurée de reprendre son ancienne activité professionnelle. En revanche, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'intéressée (pas de marche ininterrompue de plus de 10 à 15 minutes, pas de marche en terrain irrégulier, pas d'escalier, pas de travail nécessitant la position à genoux ou des genuflexions, pas de port de lourdes charges de plus de 20 kg), la capacité de travail était entière.

Le 11 octobre 2010, le Dr F. _____ a confirmé les diagnostics posés par le Dr H. _____. Selon lui, la capacité de travail était nulle dans la profession d'aide-soignante depuis le mois de juillet 2008, mais entière dans une activité sans déplacement répétitif, sans port de charges et respectant les contre-indications suivantes : activité uniquement en position debout, activité exercée principalement en marchant ou en terrain irrégulier, positions accroupies et à genoux, rotation en position assise et debout, port de charges de plus de 5 kg, monter des escaliers, sur une échelle ou un échafaudage.

Le 16 octobre 2010, l'assurée s'est fait bousculer par un individu dans un centre commercial à [...] et s'est à nouveau tordu le genou droit. Le Dr Q. _____ a diagnostiqué une distorsion traumatique du genou droit, due tant à cet événement qu'à l'accident de 2008. L'incapacité de travail était totale pour une durée indéterminée.

Sollicité pour avis, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a estimé, le 18 octobre 2010, qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter de l'appréciation de la CNA selon laquelle l'assurée présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, depuis le 1^{er} septembre 2010.

Après avoir examiné l'assurée, le 6 décembre 2010, le Dr H. _____ a constaté que, par rapport à son examen du 1^{er} septembre 2010, il n'existait plus de douleur à la palpation au niveau de l'interligne articulaire externe ; la sollicitation du ménisque interne était clairement douloureuse et la différence la plus notable résultait du fait que le tiroir à droite paraissait plus important qu'à gauche. Le médecin d'arrondissement a conclu qu'une pleine capacité de travail était toujours exigible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précédemment définies.

Au cours de l'année 2010, l'assurée a obtenu le diplôme de secrétaire médicale.

Le 22 janvier 2011, le genou droit de l'assurée s'est dérobé alors qu'elle montait des escaliers.

Par décision du 11 février 2011, la CNA a reconnu le droit de l'assurée à une rente d'invalidité de 12 % à compter du 1^{er} décembre 2010 pour les séquelles de l'accident survenu le 31 juillet 2008. Cette décision n'a pas fait l'objet d'un recours de la part de l'intéressée.

L'assurée a consulté le Dr [...], spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, en date du 15 mars 2011. Dans un rapport du 13 mai 2011, celui-ci a indiqué que l'examen clinique était rassurant et qu'il ne disposait d'aucune explication relative aux gonalgies et ne suggérait dès lors ni intervention chirurgicale ni examens complémentaires.

Par décision du 24 septembre 2012, l'OAI a accordé à l'assurée le droit à une rente entière d'invalidité depuis le 6 novembre 2009, soit six mois après le dépôt de la demande de prestations, jusqu'au 30 novembre 2010, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé. Il a estimé que, si la capacité de travail de l'assurée était nulle dans son activité habituelle, elle était pleinement exigible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de marche ininterrompue de plus de 10 à 15 minutes, pas de marche en terrain irrégulier, pas d'escalier, pas de travail nécessitant la position à genoux ou des genuflexions, pas de port de lourdes charges de plus de 20 kg) à compter du 1^{er} septembre 2010. Après comparaison des revenus, il en résultait un degré d'invalidité de 13,82 %, lequel n'ouvrait pas droit à une rente ou à un éventuel reclassement.

L'assurée a interjeté un recours contre cette décision le 25 octobre 2012 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui, dans un arrêt du 12 décembre 2013, a confirmé la décision de l'OAI (AI 259/12 - 308/2013). L'autorité de recours a considéré que seules les affections somatiques devaient être prises en considération, les éventuels problèmes psychiques annoncés en cours de procédure étant

postérieurs à la décision litigieuse. Elle a retenu que l'état de l'assurée s'était amélioré après les deux premiers accidents, depuis sa rééducation, jusqu'à recouvrer une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Les deux derniers événements n'avaient pas entraîné de péjoration significative de l'état de santé.

B. Le 27 janvier 2014, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, en précisant qu'elle était atteinte d'une rupture du ligament depuis juillet 2008.

L'assurée a transmis à l'OAI un rapport du Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du 1^{er} mai 2014. Le Dr G._____ relevait les plaintes de l'assurée, à savoir des douleurs présentes en montée et en descente, ainsi qu'un sentiment d'insécurité sur le genou. A l'examen médical, le Dr G._____ constatait une rotule basse et des débuts de troubles dégénératifs fémoro-patellaires. Ce médecin préconisait une arthro-IRM du genou droit afin d'observer s'il existait un tissu d'arthrofibrose et de contrôler le degré de dégradation du cartilage fémoro-patellaire. Dans un rapport complémentaire du 17 juin 2014, le Dr G._____ notait qu'une arthro-IRM du 22 mai 2014 avait notamment montré l'absence de problème particulier au niveau de la greffe, une lésion de la corne antérieure du ménisque externe asymptomatique et des troubles dégénératifs assez marqués de la rotule expliquant la symptomatologie. Il indiquait que l'assurée se rendait compte que le métier d'aide-soignante allait être difficile à exercer étant donné qu'elle ne pouvait plus se mettre à genoux ni porter de charges. Il observait qu'il n'y avait « pas grand-chose » à faire pour les douleurs séquellaires tendineuses.

Par avis du 25 août 2014, le SMR a estimé que les éléments apportés n'attestaient pas une péjoration de l'atteinte orthopédique susceptible de modifier ses conclusions s'agissant de la capacité de travail. De plus, les plaintes décrites par le Dr G._____ correspondaient aux limitations fonctionnelles déjà retenues.

Par décision du 6 octobre 2014, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations de l'assurée, au motif qu'elle n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision et qu'il s'agissait uniquement d'une appréciation différente d'un même état de fait.

L'assurée a recouru contre cette décision le 6 novembre 2014 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Dans un arrêt du 14 juin 2016, l'autorité précitée a rejeté le recours de l'assurée et confirmé la décision entreprise (AI 257/14 - 257/14).

C. D'octobre 2017 à avril 2019, l'assurée a travaillé en tant qu'auxiliaire de santé pour le compte de [...] SA.

Le 10 juin 2019, l'assurance perte de gain maladie de l'employeur de l'assurée a adressé à l'OAI une nouvelle demande de prestations, indiquant que cette dernière était en arrêt maladie depuis le mois de janvier 2019 en raison d'arthrite ainsi que de douleurs lombaires, cervicales et aux hanches.

L'assurée a transmis à l'OAI un rapport établi le 30 avril 2019 par le Dr P._____, médecin praticien, selon lequel elle présentait, en sus de son problème au genou, une hypothyroïdie substituée, une spondylarthrose lombaire pluri-étagée avec épisodes de lombo-cruralgies non déficitaires et lombalgies chroniques prise en charge par l'atelier du dos au Centre hospitalier M._____, un asthme traité, une syncope et malaise en août 2016 étiqueté d'accident ischémique transitoire (AIT), et une surcharge pondérale. Ces pathologies, en particulier ses lombalgies chroniques, imposaient un travail en position assise avec un taux compris entre 30 et 40 %.

Dans un projet de décision du 29 août 2019, l'OAI a informé l'assurée de son intention de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle

demande, le rapport de son médecin traitant n'apportant aucun élément nouveau.

L'assurée, désormais représentée par son conseil, a contesté le projet de décision. Elle a adressé à l'OAI un rapport du 4 septembre 2019 du Dr T._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, retenant le diagnostic de lombosciatalgies chroniques avec lésions dégénératives à l'IRM du rachis lombaire et constatant que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle mais partielle dans une activité adaptée de type administratif, sans port de charges et permettant l'alternance des positions, avec augmentation progressive. Une prise en charge multimodale était prévue en septembre 2019 au Centre hospitalier M._____.

En juillet 2020, l'OAI s'est vu remettre le dossier constitué par l'assurance perte de gain maladie de l'employeur de l'assurée, dont un rapport d'expertise établi le 6 juillet 2020 par le Dr S._____, spécialiste en rhumatologie au Centre [...]. Le Dr S._____ a exposé que l'assurée se plaignait de douleurs au dos depuis juin 2018 et que des troubles dégénératifs avaient été mis en évidence lors d'une IRM réalisée en décembre 2018. Malgré des traitements conservateurs et une prise en charge multimodale au Centre hospitalier M._____, les douleurs persistaient. L'assurée présentait également des douleurs au genou droit depuis son entorse de 2008 et à l'épaule droite depuis environ un an, ainsi que des douleurs oligo-articulaires migratrices pour lesquelles une arthrite psoriasique avait été retenue en mars 2018. Le Dr S._____ a retenu les diagnostics de lombalgies sur des troubles dégénératifs multi-engagés discrets à modérés de la colonne lombaire, avec des probables surcharges des facettes articulaires au niveau L3-L4, L4-L5, avec petites poussées congestives bilatérales, associées à une inflammation interépineuse modérée, de périarthrite de hanche bilatérale, de probable conflit sous-acromial de l'épaule droite dans le cadre d'une tendinite calcifiante de la coiffe des rotateurs, de gonarthrose débutante avec status post-entorse du genou droit actuellement calme, et de rhizarthrose. Il a constaté que l'ensemble des plaintes ne pouvait pas être expliqué par les constatations

objectives. L'assurée était ainsi incapable de travailler dans son activité habituelle mais disposait d'une pleine capacité dans une activité adaptée sans port de charges de plus de 8-10 kg ou de 5 kg de manière répétée, sans positions contraignantes pour le bas du dos, sans travail au-dessus de l'horizontale, sans force de préhension importante, pas essentiellement debout et sans accroupissement ou position à genoux répétés. Compte tenu d'un déconditionnement, une reprise à 50 % était préconisée, puis à plein temps après 6 à 8 semaines.

Sollicité pour avis, le SMR a estimé le 7 août 2020 que l'aggravation de la situation était rendue plausible, au vu des nouvelles atteintes rapportées dans les rapports produits. A priori, les atteintes principales étaient ostéoarticulaires et justifiaient de reconnaître une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle en raison des limitations fonctionnelles. En l'absence de comorbidité somatique ou psychiatrique, les conclusions de l'expertise du Dr S._____ pouvaient être suivies.

Lors d'un entretien initial de réadaptation du 19 août 2020, l'assurée a déclaré ne pas se sentir prête à entreprendre des mesures professionnelles et a contesté être capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée (cf. rapport initial REA du 1^{er} septembre 2020).

Dans un certificat du 16 septembre 2020, le Dr P._____ a attesté que l'assurée était inapte à travailler dans son activité habituelle d'aide à domicile et qu'un travail dans une activité adaptée (sans port de charges, avec alternance de position assise/debout, sans trajet de plus de 15 minutes) était possible à 50 %.

Dans un rapport du 30 septembre 2020 à l'OAI, le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a retenu les diagnostics de tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs droite et tendinite calcifiante des tendons supra-épineux et sous-scapulaire de l'épaule droite de résorption complète après ponction, infiltration et traitement conservateur. S'agissant de l'épaule, la

capacité de travail était de 50 %, avec un pronostic favorable pour les activités légères, et réservé pour les activités lourdes avec mobilisation répétitive ou avec mobilisation au-dessus du buste. Le Dr D._____ a joint le rapport de radiographies de l'épaule droite du 15 septembre 2020, ainsi que des rapports antérieurs.

Dans un rapport à l'OAI établi le 10 octobre 2020, le Dr P._____ a posé les diagnostics de lombalgies chroniques depuis 2009, gonalgie droite chronique depuis 2009, tendinite de l'épaule droite depuis 2019, tendinite de la patte d'Oie droite depuis 2019 et arthrite psoriasique depuis 2009, avec effet sur la capacité. Il a confirmé sa précédente appréciation de la capacité de travail de l'assurée. Il a adressé un rapport du 29 avril 2020 de l'Institut suisse de la douleur et le rapport établi le 20 septembre 2019 à l'issue du programme de restauration fonctionnelle du rachis suivi par l'assurée au Centre hospitalier M._____.

Dans une appréciation du 29 octobre 2020, le SMR a relevé que les éléments transmis faisaient état d'une évolution favorable de la situation au niveau de l'épaule droite, avec une rémission de la tendinite calcifiante au dernier bilan radiologique du 15 septembre 2020, même s'il persistait encore des douleurs et des limitations fonctionnelles pour cette épaule dans le cadre d'une tendinopathie chronique. Pour le surplus, aucun élément nouveau n'était apporté, étant précisé que le diagnostic d'arthrite psoriasique, retenu par le Dr P._____, avait été écarté par l'expert S._____ au profit de celui de rhizarthrose et que les limitations fonctionnelles retenues par ces médecins étaient superposables. Ainsi, les conclusions de l'expertise pouvaient être suivies. Le SMR a ajouté que, compte tenu des interactions entre les différentes limitations fonctionnelles, il appartiendrait au service de réadaptation de déterminer quelle activité respecterait strictement celles-ci. En cas d'activité non strictement adaptée, une diminution de rendement de 10-15 % serait admise pour permettre des brèves pauses par exemple.

Dans un certificat du 14 janvier 2021, le Dr P._____ a certifié que les gonalgies droites de l'assurée étaient vraisemblablement la

conséquence de sa plastie du LCA de 2019. Ces douleurs étaient, d'une part, d'origine neuropathique possiblement par irritation de la branche infra-patellaire du nerf saphène interne et, d'autre part, dues à une chondropathie fémoro-patellaire. L'incapacité de travail était évaluée à 50 % avec alternance de position assise/debout, pas de port de charges de plus de 5 kg, pas d'accroupissement, pas de marche de plus de 30 minutes.

Dans un rapport du 4 février 2021, le dermatologue [...] a retenu le diagnostic de psoriasis cutané et articulaire.

L'OAI a pris en charge les frais pour un stage d'évaluation professionnelle COPAI effectué auprès de l'Orif de [...] du 8 février au 5 mars 2021.

Le 3 mars 2021, l'assurée a subi une endoscopie et une gastroscopie, dans le cadre de la campagne de dépistage cantonal contre le cancer du côlon.

Selon le rapport final d'observation COPAI du 13 avril 2021, établi par le Dr J._____ et le responsable d'équipe professionnelle, l'assurée a été absente 9 jours sur les 20 jours que comptait la mesure, en raison de rendez-vous médicaux planifiés de longue date. Elle s'était montrée peu adhérente à la mesure avec peu de participation. La capacité de travail démontrée par l'assurée durant la mesure était d'au moins 50 %. Les rendements dans les activités manuelles étaient symboliques, mais de l'ordre d'au moins 60 % dans les activités connues de bureautique ou même de secrétaire médicale. Une activité de secrétariat ou de réceptionniste, avec une aide au placement, pourrait aussi être envisagée. Le Dr J._____ et le responsable d'équipe ont conclu que, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, ils ne disposaient pas d'arguments médico-socioprofessionnels réduisant de manière probante la capacité de travail en activité adaptée, avec des rendements discrètement réduits de 10 à 15 %.

Le 5 juillet 2021, l'assurée, par son conseil, a adressé à l'OAI un rapport établi le 14 juin 2021 par l'ostéopathe [...] ainsi qu'un rapport du 25 mai 2021 du Dr D._____ faisant état de récurrence des douleurs à l'épaule droite.

Dans un nouveau projet de décision du 26 juillet 2021, l'OAI a informé l'assurée de son intention de refuser d'accorder une rente d'invalidité et des mesures professionnelles. Il a retenu que l'assurée était incapable de travailler dans son activité habituelle mais disposait d'une pleine capacité de travail, avec une diminution de rendement de 15 %, dans une activité adaptée. Une activité était adaptée moyennant le respect des limitations fonctionnelles suivantes : *rachis* : limitations dans le port de charges lourdes (plus de 8 à 10 kg) ainsi que dans les activités contraignantes pour le bas du dos (position en flexion avec port de charges, mouvements répétés en flexion du tronc, etc.) ; *épaule droite* : restriction dans le port de charges modérées à lourdes du bras droit (plus de 5 kg de façon répétée), ainsi que les activités nécessitant de travailler le bras au-dessus de l'horizontale avec ou sans port de charges ; *mains* : limitations dans les activités manuelles nécessitant une force de préhension importante ou de serrer des objets de façon répétée surtout avec la main droite ; *genou droit* : limiter les activités essentiellement en position debout ou nécessitant des accroupissements ou des agenouillements répétés, privilégier une activité légère, sans port de charges lourdes ou régulier, permettant l'alternance des positions. Après comparaison des revenus, le degré d'invalidité s'élevait à 15 %, ce qui n'était pas suffisant pour ouvrir le droit à une rente ou à des mesures professionnelles. Une aide au placement était en revanche accordée, selon courrier séparé du même jour.

Par courrier de son conseil du 13 septembre 2021, l'assurée a formulé des griefs contre ce projet de décision, contestant l'appréciation de sa capacité de travail. Elle s'est prévalu de l'évaluation faite à l'Orif durant son stage d'observation ainsi que de l'avis des Drs P._____ (certificats des 18 août et 7 septembre 2021) et D._____ (rapport du 6 septembre 2021) qui retenaient une capacité de travail de 50 % dans une

activité adaptée. Le Dr D._____ précisait, dans son rapport, que l'assurée présentait des douleurs récidivantes après plusieurs infiltrations cortisonées, ce qui justifiait la réalisation d'une IRM. La capacité de travail était de 50 % dans un emploi adapté, sans effort (max 2-5 kg) et sans mobilisation répétitive de l'épaule au-dessus du buste. L'IRM en question, réalisée le 10 septembre 2021, révélait une tendinopathie distale du supra-épineux avec une déchirure partielle de la face superficielle de moins de 50 %, une petite bursite sous-acromio-deltoïdienne et l'absence de calcification ou de déchirure du tendon du sous-scapulaire. Il ressortait d'un rapport d'ultrason du 25 juin 2021 de l'épaule droite un résidu calcique fragmenté du tendon du sous-scapulaire mesurant 7 mm sans déchirure associée, une déchirure partielle de la face superficielle et distale du tendon du supra-épineux de moins de 50 %, une bursite sous-acromio-deltoïdienne modérée avec quelques résidus calciques en son sein qui était traitée par infiltration le jour même.

Sollicité pour avis, le SMR a estimé, le 4 octobre 2021, qu'un examen rhumatologique auprès du SMR se justifiait, pour évaluer la situation depuis l'expertise du Dr S._____.

Le 1^{er} novembre 2021, l'assurée a été vue par le Dr K._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie auprès du SMR. Dans un rapport du 24 janvier 2022, le Dr K._____ a retenu le diagnostic principal de tendinopathie du sus-épineux et des longs chefs des biceps des deux côtés, avec petite déchirure partielle de la face superficielle du tendon des deux côtés et petite bursite sous-acromio-deltoïdienne et avec status après ponction-trituration d'une tendinite calcifiante de l'épaule droite. A titre de diagnostics associés, il a posé ceux de rachialgies diffuses dans le cadre de troubles dégénératifs modérés du rachis lombaires avec troubles dégénératifs modérés des articulations sacro-iliaques et possible arthrite psoriasique (cependant peu probable et actuellement quiescente), de chondropathie fémoropatellaire débutante droite avec rotule basse, status après plastie du ligament croisé antérieur et atteinte neuropathique de la branche infrapatellaire du nerf saphène interne, ainsi que de possible rhumatisme psoriasique. D'autres

diagnostics retenus n'avaient pas d'effet sur la capacité de travail. Le Dr K._____ a constaté que l'assurée avait certaines ressources, au vu des activités quotidiennes réalisées, qu'elle était soutenue par sa famille, était bien intégrée socialement, et était motivée par la reprise d'une activité, à temps partiel seulement. Elle avait toutefois mis en échec divers traitements prescrits pour le rhumatisme psoriasique. Le Dr K._____ a également relevé une amplification des plaintes une fois la situation douloureuse évoquée par ses soins, ainsi qu'une discordance entre les plaintes et les activités quotidiennes. Il a ainsi retenu que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle depuis 2009. L'assurée était capable de travailler à 70 % dans une activité d'auxiliaire de santé pour la distribution des médicaments et réchauffage de plats, dans une activité de secrétaire médicale, de réceptionniste ou toute autre activité adaptée. L'incapacité retenue s'élevait à 30 % au vu des limitations fonctionnelles qui, se surajoutant, conduisaient à une baisse de rendement, ainsi qu'au vu du probable diagnostic de rhumatisme psoriasique et de celui d'arthrose postérieure. Aucune raison biomécanique ne justifiait de retenir une incapacité plus élevée. Les limitations fonctionnelles retenues étaient l'alternance des positions 2 à 3 fois par heure, pas de port de charges régulier de plus de 5 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations, pas d'élévation ou d'abduction des deux épaules au-dessus de 70°, activités ne nécessitant pas de force de préhension importante ou de serrage répété d'objets, pas de genuflexion répétée, pas de franchissement régulier d'escabeau, d'échelle ou d'escaliers, pas de marche en terrain irrégulier, pas de marche de plus de 15 minutes.

Dans une décision du 31 janvier 2022, l'OAI a refusé de prester. Il a retenu qu'après réexamen de la situation, si la capacité de travail dans l'activité d'aide-soignante demeurait nulle, l'assurée conservait une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée, depuis toujours. Les activités de secrétaire médicale ou dans la surveillance de processus de production ou de petits travaux à l'établi ou d'emballage léger étaient adaptées. Ainsi, après comparaison des revenus sans invalidité (55'669 fr.) et avec invalidité (38'968 fr. 93) déterminés au

moyen des données salariales de l'Enquête suisse sur les salaires, le degré d'invalidité s'élevait à 30 %, ce qui était toujours insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Le droit à un reclassement professionnel n'était pas ouvert, l'assurée pouvant réaliser une activité adaptée sans besoin de formation supplémentaire.

D. Par acte du 7 mars 2022, N._____, toujours représentée par son conseil, a interjeté un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente d'invalidité de 50 % au minimum lui soit allouée et qu'elle soit mise au bénéfice de mesures professionnelles telles que le placement. Subsidiairement, elle a conclu à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction. La recourante s'est prévaluée d'une violation du droit d'être entendu en raison du fait qu'elle n'avait pas pu se prononcer sur le rapport du Dr K._____ et que la décision n'était pas suffisamment motivée. Sur le fond, elle a contesté l'appréciation de sa capacité de travail dans une activité adaptée du Dr K._____ et suivie par l'OAI, lui opposant les appréciations de l'Orif et des Drs P._____ et D._____. Le Dr K._____ n'expliquait au demeurant pas les motifs pour lesquels il s'écartait desdites appréciations. A titre de mesure d'instruction, la recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et l'audition des Drs D._____ et P._____. Elle s'est également dit disposée à se soumettre à un nouveau stage d'évaluation pour évaluer sa capacité de travail résiduelle.

Par décision du 4 avril 2022, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 7 mars 2022 et a obtenu à ce titre l'exonération du paiement d'avances et de frais judiciaires, ainsi que la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Jean-Samuel Leuba.

Par réponse du 12 mai 2022, l'intimé a conclu au rejet du recours, au motif qu'il n'y avait rien à reprocher au rapport du Dr K._____, lequel était pleinement probant.

Répliquant le 20 juillet 2022, la recourante a confirmé ses conclusions. Elle a rappelé qu'il existait une contradiction irréconciliable entre l'appréciation du Dr K._____ et les appréciations des autres médecins. Aussi, elle a joint à son écriture des rapports confirmant la dégradation de son état de santé, notamment un rapport du 31 mai 2022 du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier M._____ requérant une garantie de prise en charge pour un nouveau traitement pour le rhumatisme psoriasique, un rapport d'IRM du genou droit du 24 juin 2022 mettant en évidence, par comparaison avec une précédente IRM de 2015, une progression de la chondropathie du compartiment médial et fémoro-patellaire, un rapport du 27 juin 2022 de la Dre W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, évoquant la pose d'une prothèse en cas d'échec des traitements conservateurs pour la gonarthrose tricompartmentale, un rapport du 4 juillet 2022 du neurologue L._____ évoquant le diagnostic de syndrome des jambes sans repos, ainsi que des prescriptions de physiothérapie et un certificat médical du 29 mai 2022 du Dr P._____.

Par duplique du 7 septembre 2022, l'intimé a à nouveau conclu au rejet du recours. Il a relevé qu'aucun élément objectif nouveau n'était produit, qui aurait été ignoré du Dr K._____ ou qui serait apparu entre la date de cet examen et celle de la décision.

Par courrier du 25 mai 2023, la juge instructrice a imparti un délai à la recourante pour produire d'éventuels rapports complémentaires des médecins dont elle requérait l'audition, au motif que, sur la base d'une appréciation anticipée des preuves au dossier, il n'apparaissait pas nécessaire d'ordonner de nouvelles mesures d'instruction dans cette affaire.

Le 6 juillet 2023, la recourante a adressé un onglet de pièces sous bordereau, contenant notamment un certificat médical du Dr P._____ du 4 juin 2023 confirmant les pathologies présentées et son appréciation de la capacité de travail à 50 % dans une activité adaptée, un rapport du 27 juin 2023 du Dr D._____ confirmant que l'arrêt de travail

était de 50 % dans une activité adaptée en raison d'une lésion partielle du tendon supra-épineux bilatéral, de l'arthrite psoriasique, des lombalgies et des gonalgies droites, ce qui serait probablement son taux définitif, ainsi qu'un rapport du 7 juin 2023 de la Dre B._____, spécialiste en gastroentérologie, constatant que l'assurée souffrait d'une gastrite auto-immune de Biemer. La recourante a réitéré sa demande de mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, laquelle était d'autant plus justifiée que son état évoluait de façon négative.

Se déterminant le 25 juillet 2023, l'intimé a renvoyé à des avis SMR des 17 et 20 juillet 2023. Les rapports produits n'apportaient aucun élément objectif nouveau qui aurait été ignoré par le Dr K._____ ou survenu entre cet examen et la décision entreprise. S'agissant d'une éventuelle modification de la situation médicale postérieure à la décision, elle n'avait pas à être prise en compte dans le cadre de la présente procédure.

E n d r o i t :

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

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

2. a) Dans un premier grief de nature formelle, la recourante reproche à l'intimé d'avoir violé son droit d'être entendue en ne lui permettant pas de se déterminer sur le contenu du rapport du Dr K. _____ ainsi qu'en ne motivant pas la décision litigieuse.

b) Le droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]) est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 142 III 360 consid. 4.1.4 ; 137 I 195 consid. 2.2). Selon la jurisprudence, sa violation peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 ; 135 I 279 consid. 2.6.1). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et références citées).

La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit de chacun de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 II 218 consid. 2.3 ; 141 V 557 consid. 3.1 et références citées).

Selon la jurisprudence, l'autorité qui ne traite pas un grief relevant de sa compétence, motivé de façon suffisante et pertinent pour

l'issue du litige, commet un déni de justice formel proscrit par l'art. 29 al. 1 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; ATF 142 II 154 consid. 4.2 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les références). De même, la jurisprudence a déduit de l'art. 29 al. 2 Cst. l'obligation pour l'autorité de motiver sa décision, afin que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et exercer son droit de recours à bon escient (ATF 143 IV 40 consid. 3.4.3 ; 142 I 135 consid. 2.1). Pour satisfaire à ces exigences, il suffit que l'autorité mentionne, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé son raisonnement. Elle n'a pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à ceux qui, sans arbitraire, peuvent être tenus pour pertinents. L'essentiel est que la décision indique clairement les faits qui sont établis et les déductions juridiques qui sont tirées de l'état de fait déterminant (ATF 146 II 335 consid. 5.1 ; 142 II 154 consid. 4.2 et les références ; cf. ég. TF 9C_177/2020 du 28 mai 2021 consid. 5.2 non publié à l'ATF 147 V 242).

c) En l'occurrence, on observe que l'assurée, dûment représentée, a requis d'être informée de l'avancement de son dossier, par courrier du 24 décembre 2021. Elle n'a toutefois pas demandé qu'une copie dudit rapport lui soit adressée, une fois celui-ci rendu, alors que l'examen clinique avait eu lieu le 1^{er} novembre 2021. Or, il lui était loisible de le solliciter. La recourante a, cela étant, été parfaitement en mesure de faire valoir ses droits auprès de la Cour de céans, laquelle est dotée d'un plein pouvoir d'examen. Aussi, si tant est qu'une violation du droit d'être entendu devait être constatée, celle-ci devrait être considérée comme guérie. On ajoutera qu'en tant que la recourante conteste le contenu dudit rapport d'examen, elle formule des critiques qui portent en réalité sur le résultat de l'appréciation de sa capacité de travail et qui se confondent avec le grief tiré d'une constatation manifestement inexacte des faits pertinents, de sorte qu'elles doivent être examinées avec le fond du litige.

Quant au grief du défaut de motivation, il n'est pas fondé. En effet, la motivation de la décision entreprise permet aisément de

comprendre quels éléments ont été retenus par l'intimé et pourquoi ils l'ont été. La recourante a d'ailleurs été en mesure d'en saisir la portée et de l'attaquer en temps utile auprès de la Cour de céans.

3. a) Le litige s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations. Il s'agit en particulier de déterminer si la situation médicale de la recourante s'est notablement aggravée entre la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, soit la décision du 24 septembre 2012 accordant une rente limitée dans le temps, et la décision litigieuse du 31 janvier 2022 et si, cas échéant, cette péjoration éventuelle justifie l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité.

b) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. En l'occurrence, la naissance éventuelle du droit à une rente serait antérieure au 1^{er} janvier 2022, de sorte que l'ancien droit demeure applicable.

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). 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) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée 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 la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), 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 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). 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.

d) 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 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

5. a) 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).

Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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).

b) Dans le domaine des assurances sociales notamment, 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 (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

En outre, 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 (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 ; ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b, et réf. cit.).

6. a) Au dépôt de sa première demande de prestations en mai 2009, l'assurée a indiqué souffrir d'une atteinte au ligament antérieur croisé de son genou droit, lequel a par la suite subi deux entorses en septembre 2009 et octobre 2010. Dans sa décision du 24 septembre 2012, confirmée par arrêt de la Cour de céans du 12 décembre 2013, l'OAI avait retenu que l'assurée était totalement incapable de travailler dans son activité habituelle d'aide-soignante, mais était capable de travailler à plein temps dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à compter du 1^{er} septembre 2010. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de marche ininterrompue de plus de 10 à 15 minutes, pas de marche en terrain irrégulier, pas d'escalier, pas de travail nécessitant la position à genoux ou des genuflexions, pas de port de lourdes charges de plus de 20 kg. Aussi, le droit à une rente était reconnu du 6 novembre 2009 au 30 novembre 2010. Depuis lors, le degré d'invalidité obtenu après comparaison des revenus était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente ou à un éventuel reclassement.

b) L'assurée a déposé une nouvelle demande, le 10 juin 2019, en raison d'une aggravation de son état de santé. Après un projet de décision de refus d'entrer en matière, l'OAI s'est fait remettre un rapport du Dr T._____ et un rapport d'expertise du Dr S._____ et a admis l'existence d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée, au vu de nouvelles atteintes affectant la colonne lombaire et l'épaule droite. Aussi, l'aggravation de la situation initiale, en juin 2019, n'est pas contestée, ni l'incapacité de travail dans l'activité habituelle d'aide-soignante. Est en revanche litigieuse la question de l'appréciation de la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée. L'OAI estime pour sa part, se fondant sur l'appréciation du Dr K._____, que l'assurée dispose d'une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée, depuis toujours. La recourante considère en revanche que son état de santé ne lui permet pas de travailler à un taux supérieur à 50 %, comme l'attestent ses médecins traitants et comme l'a constaté l'Orif.

aa) En l'espèce, le Dr K._____ a procédé à un examen clinique, comprenant un status général, neurologique et ostéoarticulaire. Il

a ainsi constaté qu'en dépit des douleurs alléguées, l'assurée pouvait réaliser les mouvements demandés, notamment la marche sur la pointe des pieds ou sur les talons. La marche était au demeurant normale, sans boiterie. Le reste du status neurologique était parfaitement normal, sans trouble sensitivomoteur des quatre membres ou de syndrome radiculaire, l'épreuve de Lasègue étant négative et pouvant être portée à 90° des deux côtés, mais entraînant des inguinalgies homolatérales. Au plan rachidien, il n'y avait pas de trouble statique du rachis, la mobilité lombaire et cervicale était diminuée, l'assurée présentait 1 signe comportemental de Kummel sur 2. La mobilité des deux épaules était limitée à l'élévation, mais l'assurée développait une importante résistance volontaire avec contrepulsions à la mobilisation passive des épaules en élévation et en abduction. La rotation externe était en revanche bien conservée en actif. L'épreuve de Jobe et du palm-up était douloureuse aux deux épaules, mais cependant bien tenue. La mobilité des autres articulations périphériques était conservée. Le Dr K. _____ n'a pas trouvé de signes pour une arthropathie inflammatoire périphérique, ni de signes de synovite périphérique. Les manœuvres de périarthrite de hanches étaient négatives. L'assurée présentait un syndrome rotulien droit, un très discret et débutant hallux valgus gauche et une légère tendance aux avant-pieds plats transverses.

Au vu de ces éléments cliniques et du dossier radiologique, le Dr K. _____ a retenu le diagnostic principal de tendinopathie du sus-épineux et des longs chefs des biceps des deux côtés avec petite déchirure partielle de la face superficielle du tendon des deux côtés et petite bursite sous-acromio-deltoïdienne, avec status après ponction-trituration d'une tendinite calcifiante de l'épaule droite. Il a posé les diagnostics associés de rachialgies diffuses dans le cadre de troubles dégénératifs modérés du rachis lombaire avec troubles dégénératifs modérés des articulations sacro-iliaques et possible arthrite psoriasique (cependant peu probable et actuellement quiescente). A titre de diagnostics secondaires, il a fait état de chondropathie fémoropatellaire débutante droite avec rotule basse, status après plastie du ligament croisé antérieur et atteinte neuropathique de la branche infrapatellaire du nerf

saphène interne, ainsi que de possible rhumatisme psoriasique peu probable car quiescent. S'agissant de ce dernier diagnostic, le Dr K._____ a expliqué qu'il le retenait comme possible, mais peu probable au vu de l'absence de synovites chroniques, des radiographies normales des mains et des pieds, de l'absence d'atteinte des articulations et d'érosion. Le Dr S._____ avait également constaté l'absence de synovites périphériques et exclu le diagnostic de rhumatisme psoriasique. Le Dr K._____ a précisé que ce diagnostic ne pouvait être totalement exclu au vu du psoriasis cutané diagnostiqué. En outre, cliniquement et radiologiquement, il n'y avait pas de signes pour une rhizarthrose droite ou gauche, malgré les douleurs alléguées.

Au vu de l'ensemble de ces éléments, le Dr K._____ a conclu que l'activité habituelle d'aide-soignante n'était plus exigible. Dans une activité adaptée, à savoir permettant l'alternance des positions 2 à 3 fois par heure, sans port de charges régulier de plus de 5 kg, sans travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, sans exposition à des vibrations, sans élévation ou abduction des deux épaules au-dessus de 70°, ne nécessitant pas de force de préhension importante ou de serrage répété d'objets, sans genuflexion répétée, sans franchissement d'escabeau ou d'échelle ou d'escaliers régulier, sans marche en terrain irrégulier et sans marche de plus de 15 minutes, la capacité de travail était de 70 %. Le médecin du SMR a en outre longuement expliqué les raisons pour lesquelles l'incapacité de travail était arrêtée à 30 %. Il a tenu compte des limitations fonctionnelles qui, se surajoutant, conduisaient à une baisse de rendement. L'incapacité de travail tenait en outre compte du diagnostic possible, mais peu probable, de rhumatisme psoriasique et de l'arthrose postérieure L4-L5 avec des poussées congestives importantes. Le Dr K._____ a ajouté qu'il ne pouvait retenir une incapacité supérieure à 30 %, notamment au vu de l'absence de sacro-illite clinique et radiologique, de synovite clinique et radiologique ou d'atteinte structurelle de l'éventuel rhumatisme psoriasique. Il n'y avait au demeurant aucune raison biomécanique pour attester une incapacité de travail supérieure.

Il a également pris en compte les ressources de l'assurée. Ainsi, en dépit des douleurs qu'elle évaluait habituellement à 7-8/10, l'intéressée était encore capable de marcher 10 à 15 minutes, d'enlever la poussière, de préparer son petit déjeuner, de faire la vaisselle, de faire son lit, et de faire ses courses en compagnie de sa sœur qui portait les achats. Elle avait également pu voyager en 2015, en avion, et en 2019, en train. Elle n'avait en outre pas de syndrome radiculaire ou de trouble sensitivomoteur des 4 membres. L'assurée disposait encore de ressources mobilisables, étant entourée par sa famille et ses proches et semblant motivée par une reprise d'une activité à 50 %. Le Dr K. _____ a observé que l'assurée s'était montrée très démonstrative seulement après lui avoir demandé sa tolérance à la position assise, faisant des grimaces et se touchant le dos, alors qu'elle ne l'avait pas fait durant les 30 premières minutes d'entretien. Il a ainsi retenu un syndrome d'amplification des plaintes, au vu de cet élément et des discordances entre les douleurs alléguées et les activités quotidiennes réalisées. L'assurée avait par ailleurs mis en échec divers traitements prescrits pour le rhumatisme psoriasique, faisant état d'effets secondaires qui ne sont généralement pas connus, alors même que les traitements s'étaient montrés efficaces. L'assurée ne portait en outre pas toutes les attelles prescrites le jour de l'examen clinique.

L'appréciation du Dr K. _____ rejoint au demeurant celle du Dr S. _____ avant lui, seule l'évaluation de la capacité de travail différant, ce qui s'explique par le fait qu'elle prend en compte de nouvelles atteintes ainsi que les interactions entre les limitations fonctionnelles.

Se fondant sur son examen complet, prenant en compte les plaintes - spontanées et dirigées - de l'assurée, comportant une anamnèse détaillée, décrivant le contexte médical, comportant des conclusions claires et motivées, l'appréciation du Dr K. _____ peut se voir conférer une pleine valeur probante.

cc) Les autres pièces au dossier auxquelles se rapporte la recourante ne permettent pas de remettre sérieusement en cause les

constatations du Dr K._____. En effet, les Drs P._____ et D._____ persistent à attester une capacité de travail de 50 %, quelle que soit la situation médicale effective. Ainsi, alors qu'il ressort des radiographies du 15 septembre 2020 et du rapport du Dr D._____ du 30 septembre 2020 que la tendinite calcifiante s'est totalement résorbée, ce médecin évalue toujours la capacité de travail à 50 %. Il en va de même du Dr P._____ qui, dans ses certificats, reprend les mêmes diagnostics et limitations fonctionnelles et atteste une capacité de travail à 50 %, sans objectiver son appréciation. Il persiste au demeurant à retenir le diagnostic de rhumatisme psoriasique, même après que le Dr S._____ l'a écarté de manière circonstanciée. Les limitations fonctionnelles qu'il retient sont en outre les mêmes que celles constatées par le Dr K._____. Les médecins traitants ne mettent au demeurant pas en évidence une erreur factuelle ou d'argumentation de la part du Dr K._____, pas plus qu'ils ne l'ont fait eu égard aux conclusions de l'expert S._____. Ils se livrent simplement à une appréciation différente d'un même état de fait, ce qui est insuffisant pour remettre en question les conclusions du Dr K._____.

S'agissant de la gastrite auto-immune de Biemer dont fait état la Dre B._____ dans son rapport du 7 juin 2023 ainsi que du syndrome des jambes sans repos retenu par le Dr L._____ dans son rapport du 4 juillet 2022, ces atteintes sont postérieures à la décision entreprise et échappent ainsi à l'examen judiciaire. Elles pourraient cas échéant être examinées dans le cadre du dépôt d'une nouvelle demande de prestations, pour autant qu'elles aient une incidence sur la capacité de travail de l'assurée.

La recourante a encore produit un rapport d'IRM du 24 juin 2022. Cet examen, qui a certes mis en évidence une progression de la chondropathie, a été réalisé postérieurement à la décision litigieuse. En ce sens, elle sort du cadre du litige. On rappellera toutefois que dans le domaine de l'assurance-invalidité, ce n'est pas fondamentalement le diagnostic, mais bien l'effet de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail qui est pertinent (TF 9C_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2 et les références citées), de sorte que le rapport d'IRM n'aurait quoi qu'il en soit

pas suffi à remettre en cause l'appréciation du Dr K._____. Il en va de même du rapport de la Dre W._____ du 27 juin 2022. Comme relevé à juste titre par le SMR dans son avis du 20 juillet 2023, le fait de retenir désormais une gonarthrose tricompartmentale à prédominance fémoro-patellaire et fémoro-tibiale interne, en lieu et place du diagnostic de chondropathie fémoro-patellaire débutante droite, n'a pas d'effet sur les limitations fonctionnelles relatives au genou, ni sur l'appréciation de la capacité résiduelle de travail.

Enfin, la recourante ne saurait tirer avantage des conclusions de l'Orif. Le médecin de l'Orif et le responsable d'équipe ont relevé que l'assurée avait été peu adhérente à la mesure et avait peu participé en raison de ses nombreuses absences pour des rendez-vous médicaux. Aussi, l'assurée n'avait été présente que 50 % du temps, de sorte qu'ils ont conclu que la capacité de travail était d'au moins 50 %, dans la mesure où c'est ce qu'elle avait démontré. Il est également fait état d'un comportement affirmé de l'assurée vis-à-vis de ses limitations, d'une motivation fluctuante et d'une sous-évaluation de ses capacités. Ainsi, ils ont précisé qu'ils ne disposaient pas d'arguments médico-socioprofessionnels réduisant de manière probante la capacité de travail dans une activité adaptée. En définitive, la recourante fait une lecture partielle des conclusions du rapport de l'Orif.

dd) Vu ce qui précède, l'OAI pouvait légitimement se fonder sur le rapport d'examen clinique du Dr K._____ et considérer que l'assurée est capable, depuis toujours, de travailler à 70 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

c) La recourante a encore conclu à l'octroi de mesures professionnelles, notamment une aide au placement. Une telle mesure a toutefois été octroyée par l'OAI au stade du projet de décision et acceptée par la recourante. Aucune autre mesure ne se justifie, dès lors que les activités adaptées d'auxiliaire de santé, de secrétaire médicale ou de réceptionniste médicale sont envisageables, sans formation supplémentaire.

7. La recourante n'élève aucun grief à l'encontre du calcul du degré d'invalidité. Ce dernier, contrôlé d'office, peut être confirmé. C'est ainsi à juste titre que l'OAI a refusé d'accorder une rente d'invalidité à la recourante.

8. Les pièces médicales au dossier permettent à la Cour de céans de statuer, sans qu'il apparaisse nécessaire de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire ni d'auditionner les Drs P._____ et D._____, comme requis par la recourante au pied de ses écritures. En effet, de telles mesures ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. Les requêtes de la recourante doivent ainsi être rejetées par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

9. a) Partant, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

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

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 LPGA).

c) S'agissant du montant de l'indemnité due au conseil d'office, elle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (cf. art. 2 al. 1 RAJ). En l'espèce, selon la liste des opérations adressée le 7 juillet 2023, Me Leuba a chiffré à 13 heures le temps consacré au dossier de la recourante. Ces opérations étant

justifiées, l'indemnité de Me Leuba est arrêtée à 2'646 fr. 20, TVA par 189 fr. 20 et débours par 117 fr. compris.

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). La recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser le montant des frais de justice et de l'indemnité d'office 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). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 31 janvier 2022 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 mis à la charge de N. _____ et provisoirement supportés par l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. L'indemnité d'office de Me Jean-Samuel Leuba, conseil de N. _____, est arrêtée à 2'646 fr. 20 (deux mille six cent quarante-six francs et vingt centimes), débours et TVA compris.

VI. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité de son conseil d'office mis à la charge de l'Etat

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Samuel Leuba (pour N. _____),
- 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 :