

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 avril 2023

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Di Ferro Demierre, juge, et Mme Gabellon, assesseure
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

I. _____, à [...], recourante,

et

Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
intimé.

Art. 28 LAI ; art. 61 let. c LPGA

E n f a i t :

A. **a)** I. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 197[...], de nationalité suisse, mariée et mère de deux enfants nés en 199[...] et 200[...], est entrée en Suisse en 199[...] en provenance du [...].

Sans formation professionnelle, l'assurée a travaillé en qualité de concierge pour D. _____ du 1^{er} octobre 2010 au 30 septembre 2016, date de la résiliation des rapports de travail. A ce titre, elle était assurée obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles auprès de A. _____ SA.

Le 23 août 2016, l'assurée a chuté dans les escaliers, avec impact sur le coude gauche et le bas du dos. Elle a présenté dès cette date une incapacité de travail totale. Le cas a été pris en charge par A. _____ SA.

Des radiographies de la colonne lombaire (30 août 2016) et de l'épaule gauche (16 septembre 2016) n'ont pas montré de fracture à ces niveaux.

En raison d'une évolution défavorable prenant la forme d'une symptomatologie douloureuse s'étendant à l'ensemble de l'hémicorps gauche et entraînant une importante impotence fonctionnelle, l'assurée a bénéficié de plusieurs examens spécialisés à la demande de sa médecin traitante, la Dre F. _____, spécialiste en médecine interne générale.

Dans un rapport du 15 novembre 2016, le Dr J. _____, spécialiste en rhumatologie, a apprécié le cas en ces termes :

« Appréciation : I. _____ présente des hémicorporalgies gauche, survenues dans le décours d'une chute le 23 août dernier, d'étiologie indéterminée, avec un examen clinique actuel relativement pauvre, parasité par des douleurs, mais sans mise en évidence d'amyotrophie ou de raideur articulaire, avec actuellement absence d'élément orientant vers une étiologie inflammatoire,

infectieuse, toxique métabolique, fracturaire. Pas d'élément clinique pour un syndrome douloureux régional complexe ou algodystrophie.

Compte tenu de la brève perte de connaissance anamnétique, je proposerais dans un premier temps de demander un avis neurologique, avec recherche d'éventuelle séquelle de traumatisme crânio-cérébral, l'anamnèse ne faisant pas état d'un choc à la tête cependant

Au cas où le neurologue n'objectiverait pas de maladie expliquant la symptomatologie présentée par I._____, un avis psychiatrique auprès d'un confrère parlant si possible l'albanais pourrait se discuter. »

La recourante a conséquemment été examinée par le Dr G._____, spécialiste en neurologie, lequel a apprécié le cas en ces termes dans son rapport du 15 décembre 2016 :

« Cette patiente a donc développé suite à une chute le 23 août 2016 dans les escaliers une possible brève perte de connaissance puisqu'elle signale une reprise rapide de ses esprits suite à la chute où elle s'est retrouvée par terre. La perte de connaissance a été extrêmement brève, sans amnésie antérograde ni rétrograde significative, si ce n'est que la patiente ne se souvient pas exactement de sa chute.

Suite à cet accident, elle a développé des douleurs persistantes hémicorporelles gauches brachio-crurales prenant également le tronc avec des paresthésies diffuses et une faiblesse qui sont difficilement à intégrer dans ce contexte de traumatisme a priori relativement bénin. Il existe plusieurs éléments d'incohérence à l'examen clinique faisant évoquer une origine fonctionnelle vu les lâchages et une tendance à la sous-utilisation du MSG, qui toutefois est normalement utilisé lors de certaines situations. D'après le mari, il y a quelques troubles du sommeil qui sont améliorés par le Co-Dafalgan® mais il parle également d'une certaine prostration et d'une tristesse qui pourraient faire évoquer un phénomène dépressif.

Je souscris donc à votre intention d'envisager une évaluation psychiatrique auprès d'un psychiatre maîtrisant l'albanais, ou alors il faudra faire cette évaluation par l'intermédiaire d'un interprète neutre. A mon avis, il n'y a pas d'indication absolue à une imagerie cérébrale qui pourrait être pratiquée uniquement pour des raisons médico-légales ou asséculogiques. »

Dans un rapport du 18 janvier 2017 à A._____ SA, la Dre F._____ a indiqué que sa patiente présentait des contusions hémicorporelles (coude, dos) gauche sur chute dans les escaliers le 23 août 2016, lesquelles étaient marquées par une évolution défavorable.

La Dre F._____ a commandé deux imageries par résonance magnétique (IRM). Dans un rapport d'IRM de la colonne cervicale du 4 avril 2017, le Dr E._____, spécialiste en radiologie, a conclu à l'absence d'anomalie significative. Quant à l'IRM de l'épaule gauche, réalisée le 7 avril 2017, elle a montré une rupture du tiers crânial du tendon sous scapulaire (lésion SLAP type II), avec une tendinose de la longue portion du biceps, bursite sous-acromiale.

Dans un rapport du 9 mai 2017, le Dr J._____ a retenu que l'examen clinique restait pauvre, mentionnant des incohérences. Il a indiqué que toute intervention, même une infiltration, pouvait augmenter la symptomatologie douloureuse, l'accident n'expliquant pas la persistance de celle-ci.

L'assurée a consulté le Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur auprès de l'H._____, lequel a réalisé une arthroscopie le 28 septembre 2017 pour les diagnostics suivants : « *Rupture du tiers crânial du tendon sous-scapulaire, lésion SLAP type II avec tendinopathie du tendon bicipital (chef long), conflit sous-acromial et conflit interne, épaule G [gauche]* ».

A._____ SA a soumis le cas à son médecin-conseil, le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a pris position dans un rapport du 23 janvier 2018. Il a indiqué que la chute du 23 août 2016 avait eu pour conséquence des contusions dont il fallait attendre qu'elles évoluent favorablement après six à huit semaines, l'accident n'étant pas susceptible d'expliquer la persistance des plaintes de l'assurée au-delà de cette période de convalescence. Conséquemment, il a retenu que le *statu quo sine* était atteint au plus tard le 31 décembre 2016.

b) L'assurée a déposé le 1^{er} février 2018 une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en faisant état d'une incapacité de travail depuis le 23 août 2016 annoncée auprès

de A._____ SA. Elle a indiqué avoir exercé une activité de concierge à un taux de 20 % du 1^{er} octobre 2010 au 30 septembre 2016 pour le compte de D._____, pour un salaire de 1'093 fr. 30 par mois.

Dans un rapport du 13 mars 2018 faisant suite à un examen neurologique et d'une électroneuromyographie, le Dr G._____ a fait savoir au Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale et en médecine du travail, nouveau médecin traitant, qu'il ne retenait pas d'argument en faveur d'une atteinte neurologique, notamment proximale et distale, hormis une discrète neuropathie cubitale localisée au niveau du coude, « *certainement positionnelle, sans rapport avec les symptômes actuels* », ni d'éléments nets pour un syndrome douloureux régional complexe (CRPS), notamment de type II avec atteinte neurologique.

Dans un rapport du 22 mars 2018 au Dr C._____, la Dre M._____, spécialiste en anesthésiologie, a mentionné de possibles douleurs post-opératoires, respectivement des troubles facettaires cervicaux avec un probable contexte psychosomatique.

Sur le formulaire de détermination du statut qu'elle a complété le 26 mars 2018, l'assurée a indiqué que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 100 % comme concierge par nécessité financière.

Le 19 juin 2018, D._____ a indiqué sur le questionnaire employeur de l'assurance-invalidité que l'assurée travaillait comme concierge à raison de 10 heures par semaine (sur un horaire de travail à 100 % de 41,5 heures dans l'entreprise) pour un salaire mensuel brut de 1'000 francs.

Dans un rapport du 13 août 2018 à l'OAI, le Dr C._____ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail d'hémicorporalgies diffuses et de douleurs diffuses du membre supérieur gauche persistantes, de déchirure partielle (< 50 %) du tendon sous-épineux, de tendinopathie du biceps (chef long), de déchirure du tendon sous-scapulaire, le tout à l'épaule gauche. Il a attesté d'une incapacité de

travail de 100 % dans l'activité habituelle et dans toutes autres activités en raison des douleurs sévères lors des mouvements, de la faiblesse et d'une incapacité fonctionnelle totale, ceci depuis le 23 août 2016. A la question de savoir si l'on pouvait s'attendre à une amélioration de la capacité de travail, il a répondu par la négative du fait de la persistance de douleurs chroniques mal systématisées depuis deux ans. Il a précisé qu'à sa connaissance, il n'y avait pas de suivi psychiatrique en cours.

Dans un rapport du même jour, le Dr B._____ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de rupture du tiers crânial du tendon sous-scapulaire (lésion SLAP type II) avec tendinopathie du tendon bicipital (chef long), conflit sous acromial et conflit interne de l'épaule gauche accompagné de contusion sévère de tout l'hémithorax et du dos à gauche suite à une violente chute dans les escaliers en date du 23 août 2016, de status post arthroscopie de l'épaule gauche avec ténotomie bicipitale (chef long), synovectomie partielle et reconstruction du tiers crânial du tendon sous-scapulaire avec ancre et acromioplastie arthroscopique le 28 septembre 2017, ainsi que de développement d'un progressif syndrome de Südeck comprenant toute la région de l'épaule et du membre supérieur gauche dans les semaines qui ont suivi l'opération précitée et perdurant jusqu'à ce jour (avec prise en charge au Service d'antalgie de l'H._____). Il a attesté d'une incapacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle et dans toutes autres activités. A la question de savoir quelles étaient les limitations fonctionnelles à prendre en compte, le Dr B._____ a répondu que l'assurée était « *handicapée par ses douleurs chroniques qui [étaient] de l'ordre de 7/10 au repos et [montaient] immédiatement à 9, dès qu'elle [faisait] une activité mobilisant son épaule gauche ou son membre supérieur gauche.* »

Une arthro-IRM de l'épaule gauche a été effectuée à l'H._____ le 16 novembre 2018 sans montrer d'atteinte de la coiffe des rotateurs, ni de rétraction de la capsule articulaire.

Dans un rapport du 8 mars 2019 au Dr B._____, le Dr R._____, spécialiste en rhumatologie, a mentionné des cervico-

scapulalgies, des omalgies et des brachialgies gauches chroniques avec un diagnostic différentiel de trouble somatoforme. Il a apprécié le cas en ces termes :

« - Omalgies gauches apparues après chute des escaliers en 10.2016, nette intensification des douleurs après l'intervention du 10.2017 avec propagation douloureuse en dehors de la zone d'irradiation habituelle d'une omalgie (scapulalgies gauches, brachialgies gauches diffuses, zone pectorale gauche)

- Echec à un traitement multiple (plusieurs infiltrations de la bourse sous-acromiale, opération, ergothérapie à l'H._____, Neurodol patch, Lyrica, antidépresseurs)

- Barrière de communication (patiente [...]) ce qui complique la prise en charge et la bonne transmission/compréhension des informations.

- Suivi psychiatrique par un médecin [...] arrêté en début du 2018 ; séances d'hypnose à [...] avec échec car problème de communication.

-Patiente en pleurs, inexaminable en raison des douleurs, réponse douloureuse très intense même à l'effleurement de la peau (allodynie), présence de nombreux signes de non organicité de Waddell.

- La présentation clinique parle en défaveur d'un CRPS et je rejoins les mêmes conclusions du Dr G._____ sur ce point.

- J'explique à I._____ et à son mari que la situation est certainement très difficile et que la prise en charge a été adéquate jusqu'à présent. Il existe probablement des raisons non organiques pouvant expliquer la chronicisation et la propagation douloureuse au-delà du problème de l'épaule. Je ne conseille pas pour l'instant d'autres interventions ni d'investigations, mais plutôt essayer d'axer la prise en charge sur de l'ergothérapie (mobilisation douce de l'épaule, antalgie) et une reprise du suivi psychiatrique pour du soutien, avec éventuelle prescription à nouveau d'un traitement antidépresseur avec molécule ayant aussi une action sur la douleur. Je propose à I._____ de limiter les consultations et d'éviter de faire du tourisme médical. »

Sollicitée pour avis, la Dre N._____, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a demandé le 31 octobre 2019 une actualisation des renseignements médicaux auprès du Dr B._____.

Dans un rapport du 6 mars 2020 à l'OAI, le Dr B._____ a confirmé les diagnostics qu'il retenait, précisant que celui de syndrome de Südeck était son diagnostic personnel, ni confirmé, ni infirmé selon lui par les Drs G._____ et R._____. Le Dr B._____ était d'avis que la

situation de sa patiente s'aggravait d'un point de vue ostéoarticulaire, mais aussi sur le plan du sommeil. Il a mentionné une prise en charge psychiatrique auprès de la Dre T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, à laquelle sa patiente avait mis un terme au bout d'une dizaine de séances en raison d'un mauvais contact. Pour le Dr B._____, il était indispensable de trouver une psychiatre [...], vu que l'assurée ne maîtrisait pas du tout le français. Il a précisé que les différents médicaments antidépresseurs proposés avaient été mal supportés ou s'étaient révélés inefficaces. Il a confirmé l'incapacité de travail totale dans toutes activités « *depuis la très sévère chute* » et recommandé un examen par un expert.

Dans un avis SMR du 11 mai 2020, la Dre N._____ du SMR a proposé la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique et psychiatrique.

Le 11 décembre 2020, l'OAI a confié une expertise de médecine interne, de psychiatrie et de rhumatologie à P._____, laquelle a été réalisée par la Dre P.G._____, spécialiste en médecine interne générale, la Dre P.P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et le Dr P.R._____, spécialiste en rhumatologie, qui ont examiné l'assurée les 5 et 25 février 2021.

Dans leur rapport du 22 avril 2021, les experts ont consensuellement retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de cervicalgie sans irradiation sur discrète uncarthrose à gauche (M54.2), de douleur de l'épaule gauche, avec diminution de la mobilité, dans les suites d'une arthroscopie le 28 septembre 2017 (M79.61), de lombalgie sans irradiation sur spondylose modérée et arthrose postérieure (M54.5), de trouble somatoforme douloureux persistant (F45.1) et de dysthymie (F34.1) (p. 4). Sans incidence sur la capacité de travail, ils ont retenu le diagnostic de douleurs diffuses de l'hémicorps gauche sans support anatomique. Les experts ont estimé que l'assurée présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle de concierge. Elle bénéficiait en revanche d'une capacité de travail de 80 % (100 % avec une

diminution de rendement de 20 %) dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (ne pas se servir du membre supérieur gauche), ceci en raison d'une fatigue subjective et d'un état dysthymique (p. 5).

Le 3 juin 2021, la Dre N._____ du SMR a demandé un complément d'instruction auprès des experts sous la forme d'un questionnaire.

Le 22 juin 2021, la Dre P.P._____ et le Dr P.R._____ ont répondu comme il suit au questionnaire du SMR :

« Sur le plan rhumatologique

1. *Vous reprenez comme incapacitant des cervicalgies et des lombalgies sur discrets troubles dégénératifs. Celles-ci ne l'ont pas limité dans sa dernière activité de concierge jusqu'à l'IT [incapacité de travail] actuelle. Merci de préciser depuis quand elles sont incapacitantes ? Et les LF [limitations fonctionnelles] qu'elles entraînent.*

Depuis le 23 août 2016, les limitations fonctionnelles sont les suivantes : pas d'efforts de soulèvement à partir du sol de plus de 10 kg, pas de port de charge supérieure à 15 kg proche du corps, pas de mouvements en porte-à-faux du buste et du rachis cervical.

2. *Vous reprenez comme incapacitant des douleurs de l'épaule G [gauche] après arthroscopie, quel est le substrat organique ? Ce diagnostic n'est-il pas inclus dans celui du trouble somatoforme douloureux persistant ?*

Le substrat organique est constitué par les lésions présentes avant la chirurgie et la chirurgie elle-même qui n'aurait pas dû être réalisée dans ce cadre et qui n'a d'ailleurs amené aucune amélioration. Ce diagnostic peut être inclus dans le trouble somatoforme douloureux persistant, mais la réaction de l'expertisée après la chirurgie aurait dû être anticipée, car elle était prévisible. La chirurgie n'a fait qu'aggraver le syndrome.

3. *L'assurée n'utiliserait plus son bras G depuis 5 ans, avez-vous constaté une amyotrophie de ce membre ? Si non, peut-on ajouter cela aux incohérences déjà présentes ? Si oui, faut-il en conclure que les répercussions sont plus importantes ?*

Il n'a pas été constaté d'amyotrophie au cours de l'examen clinique, ce qui s'ajoute aux incohérences déjà présentes.

Sur le plan psychiatrique

1. *Vous reprenez une baisse de rendement de 20 % au motif d'une fatigue subjective et de son état dysthymique. Merci d'argumenter plus précisément le caractère incapacitant de la dysthymie (symptomatologie dépressive trop faible pour retenir un épisode dépressif même léger).*

La dysthymie est qualifiée comme une symptomatologie dépressive chronique et intermittente, et est considérée comme non incapacitante au long cours. Durant les périodes dépressives, qui peuvent durer de quelques jours à 2 ou 3 semaines, une diminution de rendement est attendue en raison de fatigue, de symptomatologie anxiodépressive légère à modérée. Durant les périodes euthymiques, la CT [capacité de travail] est à 100 %.

La fatigue est subjective, dont la chronicité n'est pas entièrement attribuable à son état thymique, et n'est de manière générale pas incapacitante.

2. *De même vous validez un trouble somatoforme comme incapacitant tout en décrivant des indicateurs jurisprudentiels allant dans le sens du caractère non incapacitant, et en admettant au final qu'une faible baisse de rendement. Merci d'argumenter plus précisément le caractère incapacitant du trouble somatoforme et ses répercussions.*

Le trouble somatoforme douloureux n'est pas incapacitant chez l'expertisée, au vu des ressources internes et externes mobilisables.

Un traitement médicamenteux antidépresseur pourrait améliorer son bien-être, probablement diminuer la dysthymie et diminuer le seuil de perception de la douleur. Un suivi psychiatrique peut être remis en place si son état venait à se péjorer. L'expertisée a interrompu son suivi psychiatrique intégré après une dizaine de séances en 2018.

De ce qui précède, la capacité de travail peut être considérée comme entière, hormis les périodes de dysthymie plus marquée, où un rendement de 80% au minimum peut être attendu. »

Dans un avis du 1^{er} juillet 2021, la Dre N. _____ du SMR s'est ralliée aux conclusions des experts.

Afin de clarifier le statut de l'assurée, l'OAI a mis en œuvre une enquête économique sur le ménage. Réalisée le 18 janvier 2022 par téléphone (en raison de la situation sanitaire prévalant à l'époque), l'enquête en question a montré l'absence d'empêchement ménager, compte tenu d'une aide raisonnablement exigible des membres de la famille. Dans son rapport, l'enquêtrice a retenu le statut de 25 % active et de 75 % ménagère du fait que les différentes pièces au dossier, ainsi que les revenus du couple pour la conciergerie n'allaient pas dans le sens d'un 100 % tel qu'allégué dans le formulaire de détermination du statut.

Sur la base des éléments médicaux retenus par le SMR, la REA a rédigé son rapport final le 16 mars 2022. Elle a calculé un degré d'invalidité de 11,43 % pour la part « active » selon le tableau suivant :

TA : 1 : Niveau de compétence : 1 - Année : 2018

1	Salaire OFS sur 40 heures hebdom.		Fr.	4 371.00	
2	Salaire OFS sur xx heures hebdom. (x12)	41.7	Fr.	4 556.77	Fr. 54 681.21
3	Indexation (année)			0.00%	Fr. 54 681.21
	Indexation (année)			0.00%	Fr. 54 681.21
	Indexation (année)			0.00%	Fr. 54 681.21
	Indexation (année)			0.00%	Fr. 54 681.21
4	Horaire en %			100%	Fr. 54 681.21
5	Diminution de rendement en %			0%	Fr. 54 681.21
6	Réduction(s) supplémentaire(s) au titre de désavantage salarial :			5%	
	<input checked="" type="checkbox"/> Limitations fonctionnelles <input type="checkbox"/> Âge <input type="checkbox"/> Années de service <input type="checkbox"/> Nationalité et permis <input type="checkbox"/> Taux d'occupation 25 % au maximum				
7	Salaire exigible final (RI)				Fr. 51 947.15
8	Revenu sans l'atteinte à la santé (RS) :				Fr. 58 652.52
9	Préjudice économique :				Fr. 6 705.37
10	Préjudice économique en % :				11.43%

Explication de la réduction :

Nous retenons une réduction de 5% en raison des limitations fonctionnelles, qui peuvent engendrer un désavantage salarial. Nous ne retenons aucune autre réduction après examen des autres facteurs.

Source du RS : RE du 19.06.2018. Fr. 1083 : 40, pour salaire horaire x 41.5 x 4.35 x 12.

Sources médicales : Rapport SMR du 01.07.2022

Exemples d'activités adaptées :

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.

Les activités citées respectent les limitations fonctionnelles.

Par projet de décision du 19 avril 2022, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande de rente et de mesures professionnelles. Il a retenu que l'assurée présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle de concierge, mais qu'elle bénéficiait d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas d'efforts de l'épaule gauche, de port de charge du bras gauche, de mouvement du bras gauche au-delà de 45 ° d'abduction et de 20 ° de rotation externe coude au corps). S'agissant du statut, il a conclu que l'intéressée, sans atteinte à la santé, exercerait une

activité lucrative à un taux de 25 % et consacrerait le 75 % restant à la tenue de son ménage, aucun empêchement n'étant retenu dans ce domaine compte tenu d'une aide raisonnablement exigible des membres de sa famille. Sur la base du salaire statistique, l'OAI a calculé une perte de gain de 11,43 % pour la part active. Il en résultait un degré d'invalidité global de 2,86 % ($11,43 \% \times 25 \% + 0 \% \times 75 \%$) lequel était inférieur aux seuils de 40 % et de 20 % ouvrant le droit à une rente d'invalidité, respectivement à des mesures professionnelles. L'OAI a encore précisé que sur demande écrite, il octroierait à l'assuré une aide au placement.

Par courrier du 11 mai 2022, l'assurée a contesté ce projet de décision.

Le 8 juillet 2022, le Dr B. _____ a adressé un courriel à l'OAI, dans lequel il a relevé que, sur le plan ménager, la seule tâche encore accessible à la recourante était le dépôt de la vaisselle sale dans le lave-vaisselle, le reste des activités ménagères étant complètement accomplies par ses deux fils, son mari et sa sœur. Le Dr B. _____ a contesté la limite de charge retenue par les experts, l'estimant à 3 kg et indiquant que, même à ce poids, cela entraînait une « majoration considérable » des douleurs thoraciques supérieures gauches et de l'épaule gauche. Il a en outre contesté le taux de l'activité habituelle, expliquant que sur la conciergerie à un taux total de 50 % dont disposait sa patiente et son époux, l'intéressée l'exerçait à un niveau de 30 % et non à 20 % comme retenu par les experts. Pour le Dr B. _____, les douleurs diffuses de l'hémicorps gauches, même sans support anatomique, devaient être considérées comme se répercutant sur la capacité de travail, ce qui était le propre des troubles somatoformes douloureux persistants. Le Dr B. _____ a expliqué que, du point de vue du traitement, tout avait été tenté pour sa patiente, sans résultat. Il a finalement estimé la capacité de travail de l'intéressée à 3-5 %.

A la même date, la physiothérapeute de l'assurée, Q. _____, a noté que sa patiente souffrait de douleurs chroniques depuis 2016 (en aggravation). Elle a décrit des douleurs augmentées au toucher et

cohérentes avec son appréciation palpatoire. Elle a mentionné un isolement du monde extérieur et une frustration face à l'incompréhension du corps médical et de son entourage concernant ses douleurs. Elle a estimé que l'assurée ne pouvait ni travailler ni assumer ses tâches quotidiennes du fait de ses douleurs (7 à 10 sur l'échelle EVA). Elle a enfin rappelé qu'en raison de l'absence de formation, de son âge (52 ans) et d'une mauvaise maîtrise du français, une réinsertion semblait compromise et difficile.

Dans un avis du 16 août 2022, la Dre N. _____ du SMR a fait savoir que la situation médicale était superposable à celle sur laquelle reposaient les conclusions des experts du P. _____, lesquels, contrairement au Dr B. _____, avaient pris en compte la globalité de la situation et, à la différence du médecin traitant, évalué le trouble somatoforme selon les critères de gravité usuels.

Par décision du 22 août 2022, l'OAI a confirmé son projet de décision du projet de décision du 19 avril 2022 et a rejeté la demande de rente et de mesures professionnelles. Une prise de position du même jour, faisant partie intégrante de la décision, était jointe. L'OAI y expliquait que la situation médicale de l'assurée était superposable aux conclusions de l'expertise effectuée en 2021. Il a fait savoir à l'intéressée que les experts avaient pris en compte la globalité de sa situation et avaient évalué le trouble somatoforme selon les critères de gravité usuels. L'OAI en a conclu que la contestation n'apportait pas d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position.

B. Par acte du 20 septembre 2022, I. _____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à ce qu'elle soit reconnue active à 50 % et ménagère à 50 %, une incapacité totale étant reconnue dans ses deux domaines, et subsidiairement à ce qu'un abattement de 25 % soit opéré sur le revenu avec invalidité. A titre de mesures d'instruction, elle a requis la mise en œuvre d'une enquête ménagère sur place, ainsi qu'une contre-expertise judiciaire. En substance, elle fait valoir qu'elle doit être

considérée comme active à 50 %, compte tenu de l'âge de ses enfants, tous deux majeurs, et du fait qu'elle aurait augmenté son taux d'activité sans l'accident dont elle a été victime. Elle déplore que « l'enquête » ménagère n'ait consisté qu'en un appel téléphonique du 20 décembre 2021, ce qui ne rend pas compte de ses empêchements, puisqu'elle ne peut effectuer aucune tâche, sinon passer la poussière. Quant à l'évaluation de sa capacité de travail, elle estime qu'il est sans fondement de retenir une capacité de travail entière sur la part active, alors que l'expertise P. _____ est remise en cause par les rapports de son médecin traitant, le Dr B. _____, ses multiples tentatives de soin, et les rapports de ses thérapeutes. A cet égard, elle relève que les propositions thérapeutiques des experts ont déjà été tentées, sans succès, comme le démontre le courriel du 4 septembre 2022 de son médecin traitant, joint à son recours. S'agissant des activités adaptées retenues, elle observe encore que dans la mesure où elle ne peut même pas accomplir des gestes du quotidien, comme la vaisselle, elle ne peut en aucun cas être capable d'œuvrer sur une chaîne de montage, tout travail statique nécessitant un travail avec les épaules, notant que « même l'expertise » retient que sa capacité de travail n'est que de 80 %, compte tenu d'une baisse de rendement de 20 %. En dernier lieu, elle fait valoir que l'abattement de 5 % est insuffisant, et devrait être augmenté à 25 %, compte tenu de ses limitations fonctionnelles, de sa baisse de rendement de 20 %, de son âge, de ses années de service, de sa nationalité et de son taux d'occupation.

Dans sa réponse du 20 octobre 2022, l'OAI a proposé le rejet du recours.

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 a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité.

3. a) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » ([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). Ainsi, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version entrant en vigueur le 1^{er} janvier 2022 s'appliquent à toutes les rentes qui prennent naissance à partir du 1^{er} janvier 2022.

b) Si la décision concernant un premier octroi de rente est rendue après le 1^{er} janvier 2022, mais porte sur un droit qui a pris naissance avant cette date, ce sont les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 qui s'appliquent (cf. ch. 9101 de la Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI] valable dès le 1^{er} janvier 2022).

c) En l'occurrence, l'intimé a retenu, dans la décision attaquée, que le délai de carence d'une année avait débuté le 23 août 2016 et que la recourante avait déposé sa demande de prestations de l'assurance-invalidité le 1^{er} février 2018. Le droit éventuel à une rente de l'assurance-invalidité ne pourrait prendre naissance au plus tôt que le 1^{er} août 2018, soit six mois après le dépôt – tardif – de la

demande de prestations de l'assurance-invalidité le 1^{er} février 2018 (cf. consid. 4b/bb ci-dessous). L'ancien droit, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, s'applique dès lors au cas d'espèce.

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) aa) 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.

bb) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al.

1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

c) 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 : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. 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) Selon l'art. 61 let. c LPGA, le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa 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 de l'expert 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, 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).

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que,

le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1). S'agissant en particulier des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

d) Une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée (cf. art. 69 al. 2 RAI) constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 140 V 543 consid. 3.2.1 ; 130 V 61

consid. 6 et les références citées ; TF 9C_687/2014 du 30 mars 2015 consid. 4.2.1).

e) Conformément au principe général valant en matière d'assurances sociales, l'assuré doit faire tout ce qu'on peut raisonnablement exiger de lui pour atténuer les conséquences de son invalidité. S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références citées ; TF 9C_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2).

6. a) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées ; pour un exemple d'application à des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, cf. TF 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8).

b) Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

aa) Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance

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

bb) La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

7. En l'espèce, la décision attaquée est fondée, d'une part, sur le rapport d'enquête économique sur le ménage du 18 janvier 2022 retenant le statut de personne active à 25% et de ménagère à 75 %, et, d'autre part, sur le rapport d'expertise du 22 avril 2021 du P._____. Les experts ont admis une incapacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle de concierge depuis le 23 août 2016, mais ont reconnu une capacité de travail de 80 % (100 % compte tenu d'une baisse de rendement de 20 %) depuis 2016 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (emplois n'impliquant pas d'efforts de l'épaule gauche, de port de charge du bras gauche ou de mouvement du bras gauche au-delà de 45 ° d'abduction et de 20 ° de rotation externe coude au corps et tenant compte du besoin de réassurance dû à l'anxiété, des difficultés à initier des tâches spontanées ou à assumer des responsabilités, de la fatigue et de la fatigabilité subjective).

8. La recourante fait grief à l'intimé d'avoir retenu un statut de personne active à 25 %, alors qu'elle soutient qu'au vu de l'âge de ses enfants, désormais majeurs, elle aurait œuvré à un taux d'activité de 50 % sans atteinte à la santé.

La recourante ne peut pas être suivie dans ses explications : il ressort en effet du dossier qu'elle n'a pas de formation professionnelle et qu'elle a travaillé au taux de 25 % depuis 2010, sans avoir cherché d'autres activités. On relève que, par le passé, lorsqu'elle vivait au [...], elle n'a pas travaillé. Arrivée en Suisse en 199[...], elle n'a pas non plus travaillé avant l'emploi pour D._____, sinon durant quelques mois, en 2007, dans une usine de biscuits (cf. extrait du C.I. et déclarations de l'assurée à l'experte psychiatre, expertise P._____, pp. 9 et 24).

Dans le cadre de l'enquête, la question du statut a été clarifiée. Lors de cet entretien, l'époux de la recourante a indiqué que cette dernière travaillait à 100 % pour la conciergerie, puisque le couple était disponible vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept. Aussi contraignant que peut être le métier de concierge, le fait de devoir

se rendre disponible pour les habitants d'un immeuble n'implique cependant pas un taux d'activité de 100 % dès lors que le travail est fractionné sur la journée. A plus forte raison, comme le relève l'enquêtrice, les différentes pièces du dossier et les revenus du couple pour la conciergerie ne vont pas dans le sens d'une activité à un taux de 100 %. En particulier, le salaire de l'époux a toujours été le même, et aucun élément ne permet de justifier que l'assurée aurait travaillé à 100% sans atteinte à la santé. On observe que, dans sa demande de prestations de l'assurance-invalidité déposée le 1^{er} février 2018, l'assurée a mentionné avoir exercé une activité de concierge à un taux de 20 % du 1^{er} octobre 2010 au 30 septembre 2016. S'agissant de ce dernier emploi, D. _____ a indiqué dans le questionnaire pour l'employeur complété le 19 juin 2018 que la recourante travaillait comme concierge à raison de 10 heures par semaine, ce qui, compte tenu de l'horaire de travail à 100 % de 41,5 heures dans cette entreprise, représente un taux d'activité de 24 % (10 heures ÷ 41,5 heures), cohérent avec l'évaluation de l'enquêtrice et les déclarations faites par la recourante dans sa demande de prestations.

Ainsi, l'enquêtrice a estimé que le statut à retenir était celui d'active à 25 %, et de ménagère à 75 %. Dans la mesure où la situation financière du couple est stable, et quand bien même leurs enfants sont désormais majeurs, la seule allégation d'une prise d'emploi souhaitée à 50 % sans atteinte à la santé ne peut être retenue, si bien que le statut doit être confirmé. Quoi qu'il en soit, ainsi qu'on le verra ci-après (cf. consid. 10/b), même dans l'éventualité où la recourante avait été reconnue active à 50 % et ménagère à 50 %, le droit à la rente ne lui aurait pas plus été reconnu.

9. La recourante conteste l'appréciation médicale des experts du P. _____. Elle estime qu'une capacité entière de travail serait sans fondement. Elle fait grief aux experts d'avoir mal apprécié les conséquences de l'échec des traitements et le caractère invalidant des douleurs dont elle admet spontanément le caractère non objectivable (recours du 20 septembre 2022, p. 2, ch. 4). Elle soutient que du moment

qu'elle ne peut plus accomplir certains gestes quotidiens (vaisselle), elle ne serait « *en aucun cas être capable d'être sur une chaîne de montage* » dès lors que tout travail statique sur établi nécessite un travail avec les épaules (recours du 20 septembre 2022, p. 2, ch. 5). L'intimé se réfère quant à lui à l'avis de la Dre N._____ du SMR du 16 août 2022, laquelle retient que les pièces du dossier ne permettent pas de remettre en cause les conclusions de l'expertise réalisée au P._____. Cette appréciation est bien fondée, et l'expertise médicale réalisée au P._____ probante tant sur le plan somatique que sur le plan psychiatrique, mérite d'être confirmée pour les motifs indiqués ci-après.

a) Les experts du P._____ ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de cervicalgie sans irradiation sur discrète uncarthrose à gauche (M54.2), de douleur de l'épaule gauche, avec diminution de la mobilité, dans les suites d'une arthroscopie le 28 septembre 2017 (M79.61), de lombalgie sans irradiation sur spondylose modérée et arthrose postérieure (M54.5), de trouble somatoforme douloureux persistant (F45.1) et de dysthymie (F34.1), et celui, sans incidence sur la capacité de travail de douleurs diffuses de l'hémicorps gauche sans support anatomique (p. 4). Ils ont admis que l'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle de concierge (p.5). En revanche, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la recourante bénéficiait d'une capacité de travail de 80 % compte tenu d'une baisse de rendement de 20 % (p. 4 et le complément d'expertise du 22 juin 2021).

Sur le plan formel, le rapport d'expertise du P._____ remplit toutes les exigences requises par la jurisprudence pour se voir accorder une pleine valeur probante. En effet, les experts ont établi le contexte médical de manière très détaillée, puisqu'ils ont reconstitué le dossier médical depuis le début de la prise en charge par la Dre F._____. Chacun des experts a procédé à un examen clinique détaillé de la recourante (pp. 10-11, 18 et 25-26). Le rapport d'expertise contient une anamnèse complète (pp. 9, 17 et 22-24) et tient compte des plaintes de l'assurée (pp. 8, 16 et 22). Les diagnostics ont été posés de manière

étayée (pp. 11-13 et 26-28 ; complément d'expertise du 22 juin 2021) et la capacité de travail a été évaluée à l'issue d'une évaluation consensuelle (pp. 3-6 ; complément d'expertise du 22 juin 2021).

b) Sur le plan somatique, l'expert rhumatologue a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de cervicalgie sans irradiation sur discrète uncarthrose à gauche, de douleur de l'épaule gauche, avec diminution de la mobilité, dans les suites d'une arthroscopie le 28 septembre 2017 et de lombalgie sans irradiation sur spondylose modérée et arthrose postérieure. Les atteintes justifient l'absence de capacité de travail dans l'activité habituelle, ce qui n'est d'ailleurs pas contesté. Le Dr P.R. _____ a nié que le diagnostic de douleurs diffuses de l'hémicorps gauche sans support anatomique influence la capacité de travail (sur ce point, voir la discussion de l'expertise sous l'angle psychiatrique au consid. 9c ci-dessous). A ce sujet, le rapport d'expertise relève qu'à la suite de la chute de la recourante, de nombreux examens ont été mis en œuvre sur les plans rhumatologique et neurologique (p. 3, cf. rapports du Dr J. _____ des 15 novembre 2016 et 9 mai 2017 ; rapports du Dr G. _____ des 15 décembre 2016 et 13 mars 2018 ; rapport du Dr R. _____ du 8 mars 2019) pour rechercher une atteinte organique aux plaintes de la recourante (notamment un CRPS, cf. rapport du Dr G. _____ du 13 mars 2018 et du Dr J. _____ du 15 novembre 2016). Or, le Dr P.R. _____ n'a pas mis en lumière d'atteinte somatique expliquant les douleurs diffuses de l'hémicorps gauche. Le status décrit par le Dr P.R. _____ (pp. 10-11) est le même que celui décrit par le Dr J. _____ un peu moins de quatre ans auparavant (rapports des 15 novembre 2016 [pp. 2-3] et 9 mai 2017 [pp. 2-3]). Son appréciation concorde avec les rapports médicaux au dossier. En particulier, les spécialistes consultés par la recourante ont tous souligné les incohérences dont a fait preuve la recourante lors de leurs examens cliniques. Ainsi, le Dr J. _____ retient des incohérences et explique que son examen clinique est « *pauvre* » et « *parasité* » par les douleurs (rapport des 15 novembre 2016 et 9 mai 2017), mettant en garde contre toute intervention, susceptible selon lui d'aggraver la situation. Quant au Dr G. _____, il a relevé des éléments d'incohérence à l'examen clinique

faisant évoquer une origine fonctionnelle et a recommandé un examen psychiatrique (rapport du 15 décembre 2016). Il a exclu une atteinte neurologique, notamment proximale et distale ou un syndrome douloureux régional complexe (rapport du 13 mars 2018). Le Dr R. _____ a pour sa part mentionné la présence de nombreux signes de non organicité selon Waddell et a rejoint les conclusions du Dr G. _____, invitant la recourante à « *limiter les consultations et [à] éviter [le] tourisme médical* » (rapport du 8 mars 2019). Le Dr P.R. _____ a également constaté que l'épaule était « *parfaitement inexaminable* » (p. 12), estimant les douleurs « *peu plausibles* » à la fois dans leur diffusion et dans leur intensité (p. 13). Le Dr P.R. _____ a ainsi relevé des incohérences dans le cadre d'une collaboration qualifiée de « *médiocre* » (Ibid.). Il a ajouté que l'intéressée ne présentait pas d'amyotrophie, ce qui ajoutait encore aux incohérences (complément d'expertise du 22 juin 2021). Dans ces circonstances, c'est de manière appropriée que les experts ont relativisé les conséquences des atteintes somatiques dans l'exercice d'une activité adaptée.

Pour le surplus, il n'y a pas d'atteintes incapacitantes du point de vue de la médecine interne (expertise P. _____, p. 18), ce qui n'est pas contesté.

c) aa) Sur le plan psychiatrique, la recourante a été examinée par la Dre P.P. _____, laquelle a retenu le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de dysthymie (F34.1) après avoir précisé que le trouble somatoforme douloureux n'était pas incapacitant chez la recourante (complément d'expertise du 22 juin 2021). L'experte psychiatre explique de manière convaincante que, même si la dysthymie, symptomatologie dépressive chronique et intermittente, n'est pas incapacitante au long cours, elle entraîne des périodes dépressives (de quelques jours à deux ou trois semaines) durant lesquelles une diminution de rendement est attendue (complément d'expertise du 22 juin 2021 ; expertise, p. 28). Pour ce motif, la Dre P.P. _____ a conclu à une baisse de rendement de 20 % et a décrit les limitations fonctionnelles attendues durant ces périodes (expertise, p. 28). Convaincante, cette appréciation

mérite d'être confirmée. Au demeurant, cette diminution de rendement est sans conséquence sur le calcul du degré d'invalidité et sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité (cf. consid. 11 ci-dessous).

bb) S'agissant du trouble somatoforme douloureux persistant, c'est à juste titre que l'experte psychiatre a nié le caractère invalidant de cette pathologie dans le cas de la recourante. Le diagnostic lui-même, posé *de lege artis*, n'est pas contesté ni contestable chez une assurée qui admet d'elle-même le caractère non objectivable de ses douleurs (recours du 20 septembre 2022, p. 2, ch. 4).

aaa) Concernant l'indicateur « *atteinte à la santé* », il y a lieu de relever qu'une nette exagération des symptômes, voire une simulation, est relevée par les experts (p. 5) et par le Dr R. _____ dans son rapport du 8 mars 2019 chez une patiente qui allègue ne plus se servir de son membre supérieur droit sans toutefois qu'une amyotrophie (atrophie musculaire) ne soit constatée à l'examen clinique. A l'évidence, le membre en question est ainsi sollicité régulièrement, si bien que les douleurs et limitations fonctionnelles alléguées doivent être relativisées. En ce qui concerne les traitements suivis par la recourante, il ne suffit pas d'avoir présenté une quête médicale insistante (ou « *tourisme médical* », cf. rapport du Dr R. _____ du 8 mars 2019) et de se montrer collaborante lors de l'examen par l'experte psychiatre (p. 25) pour discerner des indices sous-entendant l'échec des thérapies (comp. TF 9C_569/2017 du 18 juillet 2018 consid. 5.2). En l'occurrence, le traitement psychiatrique auprès de la Dre T. _____ a été interrompu, semble-t-il en raison d'un problème relationnel entre l'assurée et la praticienne précitée (rapport du Dr R. _____ du 8 mars 2019 ; rapport du Dr B. _____ du 6 mars 2020). Si l'on ne peut critiquer le fait d'interrompre un traitement pour des raisons de mésentente avec un médecin et de continuer les soins chez un tiers, l'on ne se trouve pas dans une telle situation dans la mesure où la recourante a purement et simplement interrompu le traitement sans le reprendre chez un nouveau psychiatre, ceci malgré de réitérées recommandations en ce sens. Ce faisant, elle n'a pas fait preuve d'une

compliance optimale et l'on ne saurait y voir un échec du traitement. Le fait que son médecin traitant, le Dr B._____, ne connaissait pas d'autre psychiatre albanophone (cf. rapport du 6 mars 2020) n'est pas déterminant dans la mesure où la Dre T._____ n'est pas la seule psychiatre albanophone selon le site de la FMH (Fédération des médecins suisses) et qu'il existe au demeurant des structures spécialisées ([...], etc.) à même de fournir des prestations médicales adéquates dans un contexte comportant une composante migratoire. Dans ces circonstances, l'on ne peut pas considérer que toutes les possibilités thérapeutiques ont été épuisées comme l'explique de manière détaillée l'experte psychiatre (p. 26) après avoir évalué le traitement interrompu (pp. 22-27). S'agissant de la comorbidité liée à la dysthymie, elle ne présente pas de gravité suffisante comme l'a précisé l'experte dans le complément d'expertise du 22 juin 2021. Enfin, faute de tentative de réadaptation, il n'y a pas lieu d'examiner la gravité de l'atteinte à la santé sous cet angle. Au final, aucun élément ne laisse supposer que le trouble somatoforme douloureux persistant présente une gravité fonctionnelle telle qu'il doive être considéré comme incapacitant.

bbb) Concernant l'indicateur « *personnalité* », il y a lieu de relever quelques traits anxieux et dépendants. Cependant, ces éléments ne relèvent pas de la notion de trouble et n'affectent pas les ressources personnelles à disposition de la recourante sous l'angle du développement et de la structure de sa personnalité, si bien que l'évaluation de la Dre P.P._____ peut être confirmée (p. 27).

ccc) Du point de vue du contexte social, la recourante peut bénéficier d'importantes ressources, du soutien pouvant être obtenu de son réseau familial et des relations harmonieuses qui sont décrits par l'intéressée à l'experte psychiatre (pp. 23-24 et 26). Dans ces circonstances, l'on ne discerne pas d'altération des ressources mobilisables chez une assurée certes éloignée du monde du travail, mais bénéficiant d'un entourage soutenant.

ddd) Sous l'angle de la cohérence, l'interruption du traitement auprès de la Dre T._____ et l'évaluation du poids effectif des souffrances, dont la gravité est fortement relativisée par les experts (douleurs « *peu plausibles* » et absence d'atrophie musculaire ; cf. consid. 9c/bb/aaa ci-dessus) ne plaident pas en faveur d'un trouble invalidant. En effet, les intervenants ont tous mis en évidence la nécessité d'un traitement psychiatrique qui a été rapidement interrompu sans être repris (rapport du Dr J._____ du 15 novembre 2016 ; rapport du Dr G._____ du 15 décembre 2016 ; rapport du Dr R._____ du 8 mars 2019 ; rapport du Dr B._____ du 6 mars 2020 ; expertise, p. 5 et 27). Dès lors que le traitement en question n'a pas été repris rapidement, il convient de relativiser le poids des souffrances psychologiques de la recourante et par conséquent son impact sur ses ressources (ATF 141 V 281 consid. 4.4.2).

eee) A la lumière des indicateurs jurisprudentiels, il n'existe pas d'indice en faveur d'un trouble somatoforme douloureux incapacitant, si bien que l'évaluation des experts peut être confirmée.

d) La recourante se prévaut de l'appréciation du Dr B._____, propre selon elle à remettre en cause celle des experts (cf. rapports des 13 août 2018, 6 mars 2020 et 8 juillet 2022). A l'instar de l'intimé et de la Dre N._____ du SMR, dont les avis au dossier sont clairs, il n'y a pas lieu de remettre en cause les conclusions du rapport d'expertise du P._____ sur la base de l'appréciation du médecin traitant.

A la suite des observations de la recourante à l'encontre du projet de décision du 19 avril 2022, le dossier a été une nouvelle fois soumis à la Dre N._____ du SMR, laquelle a constaté que la situation médicale de la recourante était superposable aux conclusions de l'expertise effectuée en 2021 (cf. avis SMR du 16 août 2022). Dans son courriel du 8 juillet 2022, le Dr B._____ estime que les experts n'ont pas tenu compte du rapport du Dr R._____ du 8 mars 2019. Or tel n'est pas le cas : ledit rapport est en effet bien mentionné dans le résumé des pièces du dossier, ainsi que dans l'évaluation médicale interdisciplinaire (expertise, pp. 4 et 5). L'évaluation du Dr B._____ va non seulement à

l'encontre des conclusions motivées de l'expertise, mais également à l'encontre des avis des spécialistes neurologue et rhumatologue consultés par la recourante elle-même. Ainsi, les status rhumatologique et neurologique bien détaillés par les experts P.R._____ (pp. 10-11) et P.G._____ (p. 18) sont similaires à ceux décrits par les Drs J._____ (rapports des 15 novembre 2016 [pp. 2-3] et 9 mai 2017 [pp. 2-3]) et G._____ (rapports des 15 décembre 2016 et 13 mars 2018). Dans ces circonstances, il n'y a pas lieu d'aller à l'encontre des avis spécialisés au dossier pour retenir, comme le fait le Dr B._____ dans son rapport du 13 août 2018, un diagnostic de syndrome de Südeck qui ne repose sur aucune observation clinique et n'apparaît fondé que sur les plaintes de l'intéressée. Dans ses différentes prises de position, le Dr B._____, qui n'est spécialiste ni en rhumatologie, ni en neurologie, a exposé son point de vue personnel de la situation, sans donner d'explications précises, fondées sur la description d'observations cliniques concrètes, ni sur les raisons pour lesquelles la symptomatologie présentée par sa patiente l'empêcherait objectivement de reprendre une activité professionnelle adaptée aux limitations fonctionnelles. Comme le montre la Dre N._____ du SMR dans son avis du 16 août 2022, l'analyse du Dr B._____ et de la physiothérapeute Q._____ reposent des auto-questionnaires reflétant les plaintes subjectives (bien connues) de la recourante, le tout sans étayer de nouvelles atteintes qui n'auraient pas été identifiées à l'expertise ou seraient apparues depuis lors. La même remarque s'applique au rapport du 23 avril 2018 des physiothérapeutes de l'H._____. Il en va aussi de même des critiques portées à l'encontre des limitations fonctionnelles retenues par les experts, lesquelles ne sont pas motivées et ne reposent pas sur un plus ample ou nouveau substrat organique.

La recourante soutient encore qu'elle ne peut même pas accomplir des gestes du quotidien, comme la vaisselle, de sorte qu'elle ne peut en aucun cas être capable d'être sur une chaîne de montage, tout travail statique nécessitant un travail avec les épaules. Cet argument ne peut pas être suivi. Vu le large éventail d'activités simples et répétitives que recouvre le marché du travail en général - et le marché du travail équilibré en particulier -, on constate qu'un nombre significatif d'entre

elles, ne nécessitant aucune formation particulière, sont adaptées aux limitations fonctionnelles de la recourante, à savoir pas d'efforts de l'épaule gauche, pas de port de charge du bras gauche, pas de mouvement du bras gauche au-delà de 45 ° d'abduction et de 20 ° de rotation externe coude au corps (TF 9C_695/2010 du 15 mars 2011, consid. 6.3 et les références citées ; voir aussi le rapport final le 16 mars 2022 de la REA et le calcul du degré d'invalidité pour la part de statut « active » joint à ce dernier). On observe a fortiori que le marché du travail équilibré comprend même suffisamment d'activités légères pour des assurés monomanuels (TF 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 5.6 ; 8C_134/2020 du 29 avril 2020 consid. 4.5 ; 8C_849/2017 du 5 juin 2018 consid. 3.2), si bien que la recourante - dont le bras dominant n'est pas atteint - ne saurait être suivie. De surcroît, dans son recours du 20 septembre 2022 (p. 2, ch. 3), la recourante admet pouvoir passer la poussière, ce qui semble contradictoire avec l'allégation selon laquelle elle ne pourrait que déposer la vaisselle dans le lave-vaisselle. Cette déclaration, incohérente, permet aussi de relativiser les plaintes de l'intéressée.

Au final, les rapports du Dr B._____ et de Q._____ ne permettent pas de mettre en doute les conclusions des experts. Il y a ainsi lieu de retenir que la recourante présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (« *pas d'efforts de soulèvement à partir du sol de plus de 10 kg, pas de port de charge supérieure à 15 kg proche du corps, pas de mouvements en porte-à-faux du buste et du rachis cervical* », cf. complément d'expertise du 22 juin 2021), avec une baisse de rendement de 20 %.

10. La recourante déplore le fait que l'évaluation de l'enquêtrice ait été menée par téléphone, ce qui ne rend pas compte de ses empêchements, puisqu'elle ne peut effectuer aucune tâche, sinon passer la poussière.

A cet égard, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et

suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. Toutefois, l'enquête a été menée au début de l'année 2022, alors que des mesures sanitaires étaient encore en place dans le cadre de la lutte contre la pandémie. Plusieurs enquêtes ont été organisées par téléphone durant ces périodes. Si une telle manière de procéder ne constitue pas la règle, elle ne permet pas d'emblée de nier toute valeur au rapport d'enquête. En l'occurrence, l'enquêtrice a décrit la situation locale et spatiale du logement occupé par la recourante, son époux et ses deux fils. Elle a également tenu compte des indications données par l'époux de l'intéressée, qu'elle a consignées. Il ressort en outre de ses observations (p. 8) que la recourante était présente dans la pièce et est intervenue à quelques reprises dans sa langue maternelle lors de l'entretien entre l'enquêtrice et son époux.

L'enquêtrice a ensuite décrit chacun des travaux ménagers, qu'elle a pondérés, et a indiqué pour ceux-ci qui les assumait avant l'atteinte, qui les assume désormais, la nature des atteintes et des limitations fonctionnelles, ainsi que l'aide pouvant être raisonnablement exigée des membres de la famille.

Le rapport d'enquête du 18 janvier 2022 répond aux réquisits juris-prudentiels selon lesquels le contenu du rapport doit être plausible, et motivé. L'enquêtrice a en particulier bien noté, comme relevé dans le rapport SMR du 1^{er} juillet 2021, de nombreuses incohérences entre les limitations fonctionnelles définies par l'assurée et celles retenues par le SMR ; l'enquêtrice a fait état d'un fonctionnement de dépendance, potentiellement entretenu par un entourage bienveillant et soutenant. A plusieurs reprises l'enquêtrice avait du reste demandé de préciser pour quelle raison l'assurée ne pouvait pas faire telle ou telle tâche, mais n'avait pas obtenu de réponse précise, autre que le fait que l'intéressée avait trop de douleurs pour le faire elle-même.

11. a) La recourante fait enfin grief à l'OAI de n'avoir retenu qu'un abattement de 5 % sur le revenu d'invalidé pour tenir compte des limitations fonctionnelles, estimant que compte tenu de ses limitations

fonctionnelles, de sa baisse de rendement de 20 %, de son âge, de ses années de service, de sa nationalité et de son taux d'occupation, c'est un abattement de 25 % qui aurait dû être opéré sur le revenu avec invalidité.

b) aa) 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).

bb) 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).

cc) 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).

dd) 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).

ee) 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).

c) aa) En l'occurrence, le revenu sans invalidité, non contesté, se monte à 58'652 fr. 52. La REA a retenu ce montant en se fondant sur le questionnaire employeur complété le 19 juin 2018 par D._____ ; il ne prête pas le flanc à la critique.

bb) aaa) L'OAI a opéré sur le revenu d'invalidité, fixé à 54'681 fr. 21, un abattement de 5 %. La réduction en question est appropriée compte tenu du large éventail d'activités simples et répétitives disponible sur le marché du travail équilibré. Elle tient compte des limitations fonctionnelles et de la reconnaissance d'une baisse de rendement de 20 % (cf. consid. 11c/cc ci-après), mais aussi du fait que

l'intéressée est gauchère, son bras droit dominant n'étant pas atteint (TF 8C_48/2021 du 20 mai 2021 consid. 4.3.4 et les références ; 9C_386/2012 du 18 septembre 2012 consid. 5.2).

bbb) En ce qui concerne les autres facteurs d'abattement allégués par la recourante, il y a lieu de relever que la recourante, née en 1970, est loin d'approcher de l'âge de la retraite et que ce critère, étranger à l'invalidité, ne constitue pas un facteur pertinent pour l'exercice de l'activité simple et légère exigible (ATF 138 V 457 consid. 3.1). S'agissant d'une activité simple et répétitive, les années de service ne constituent pas le seul critère de fixation du salaire dans une nouvelle profession, l'expérience acquise lors des précédentes activités professionnelles a une influence tout aussi importante. C'est pourquoi il convient de ne nier l'influence de ce critère en l'espèce dans la mesure où les exigences d'un emploi dans ce secteur sont moins élevées et ne nécessitent pas d'expérience préalable (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 et les références citées). On comprend mal pourquoi la recourante, de nationalité suisse, entend se prévaloir d'un abattement à ce titre qui n'est absolument pas pertinent. Quant au taux d'occupation, soit une allégation de 50 % pour la part active, il ne s'agit pas d'un obstacle dans les emplois exigibles. Les femmes exerçant une activité à temps partiel ne perçoivent en effet souvent pas un revenu moins élevé proportionnellement à celles qui sont occupées à plein temps (TF 9C_373/2019 du 18 juillet 2019 consid. 5.2 et les références ; 9C_273/2019 du 18 juillet 2019 consid. 6.2 ; 9C_751/2011 du 30 avril 2012 consid. 4.2.2 et les références). Dans ces circonstances, l'abattement retenu par l'intimé peut être confirmé.

cc) Comme on l'a vu ci-dessus, une baisse de rendement de 20 % doit être admise sur le plan médical (cf. consid. 9c/aa ci-dessus). Non contesté, le recours à l'ESS peut aussi être confirmé. Le revenu d'invalidité aurait dès lors dû être fixé à 43'744 fr. 97 (54'681 fr. 21 - 20 %), sur lequel il convient encore d'opérer un abattement de 5 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles, ce qui aboutit à un revenu d'invalidité de

41'557 fr. 72 et à un degré d'invalidité pour la part active de 29,2 % (41'557 fr. 72 ÷ 58'652 fr. 52). Dans la mesure où la part active est pondérée à 25 %, et en l'absence d'empêchement au plan ménager, il en résulte un degré d'invalidité de 7,3 % ($[29,2 \% \times 25 \%] + [0 \% \times 75 \%]$; cf. consid. 4d ci-dessus) lequel, inférieur au seuil de 40 % (art. 28 al. 1 LAI), n'ouvre pas le droit à la rente. Au demeurant, même en tenant compte d'un statut d'active à 50 % et de ménagère à 50 %, ce qui serait pour le moins douteux (cf. consid. 7), le degré d'invalidité serait alors de 14,6 % ($[29,2 \% \times 50 \%] + [0 \% \times 50 \%]$) et ne permettrait pas non plus l'ouverture du droit à la rente.

12. A titre de mesure d'instruction, la recourante a requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire et d'une nouvelle enquête ménagère. Les éléments du dossier, aussi bien sur le plan médical que sur le plan économique, sont cependant suffisants pour permettre à la Cour de céans de se prononcer en connaissance de cause, si bien que l'on peut y renoncer par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1).

13. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse 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. 1^{bis} 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.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, au demeurant non assistée, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPG).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 22 août 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais de justice, par 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge d'I._____.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- I._____ (recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé),
- 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 :