

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 18 août 2023

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
Mme Dormond Béguelin et M. Perreten, assesseurs  
Greffière : Mme Girod

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Z.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par **G.** \_\_\_\_\_, à [...],

et

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

---

**Art. 16 LPGA ; art. 28 et 28a LAI.**

**E n f a i t :**

**A.** Z.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mère de trois enfants nés respectivement en [...], [...] et [...], en concubinage, sans formation certifiante, a travaillé en qualité d'auxiliaire de vie à 40 % au service d'une personne handicapée entre 2002 et 2018 (décès de l'employeuse).

Le 1<sup>er</sup> mai 2017, elle a subi une arthro-IRM (imagerie à résonnance magnétique), qui a mis en évidence une déchirure transfixiante des tendons sus et sous-épineux de l'épaule droite (rapport du 3 mai 2017 du Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, au Dr D.\_\_\_\_\_, médecin praticien et généraliste traitant).

Le 2 novembre 2017, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en indiquant, quant au genre de l'atteinte, souffrir de douleurs en raison d'une déchirure des tendons « épaule/bras/mains », depuis le mois d'août 2016 environ.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'assurée a déclaré que, depuis la maladie de son concubin, elle devrait travailler à 100 % pour subvenir aux besoins de la famille, mais qu'elle ne pouvait être occupée au-delà d'un taux de 40 % en raison de son bras. Elle émargeait de ce fait à l'aide sociale, mais n'était pas opposée à l'idée de travailler davantage si elle trouvait une activité adaptée (note d'entretien téléphonique du 11 décembre 2017).

A teneur d'une note d'examen du 11 janvier 2018, l'OAI a considéré que l'assurée avait un statut d'active à 100 %, compte tenu de l'absence de revenu de son concubin.

L'assurée a complété le formulaire « détermination du statut (part active/part ménagère) » le 8 février 2018, indiquant qu'elle aurait travaillé à 40 % sans atteinte à la santé pour raisons de nécessité. Elle a

précisé qu'elle subvenait seule aux besoins de la famille du fait de l'incapacité de travail de son concubin, tout en s'occupant de sa fille de dix ans.

Par correspondance du 27 février 2018, elle a renoncé à l'aide au placement mise en œuvre par l'OAI, au motif qu'elle ne voulait pas entrer dans une démarche d'activité professionnelle pour le moment.

Dans un rapport du 1<sup>er</sup> mars 2018 à l'OAI, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a retenu le diagnostic incapacitant de lésion de la coiffe des rotateurs, sous forme d'une déchirure transfixiante du tendon du sus-épineux, dans le cadre d'un conflit sous-acromial. S'agissant du traitement, il a recommandé une prise en charge chirurgicale, de manière à réparer la lésion précitée, en y associant une décompression sous-acromiale. En outre, il a attesté d'une capacité de travail dans l'activité habituelle de l'ordre de 50 % en raison des limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges de plus de 5 à 10 kg et pas de travail au-dessus du niveau des épaules.

L'employeuse a indiqué à l'OAI le 14 mars 2018 qu'elle occupait l'assurée depuis le 16 septembre 2002 et lui a communiqué diverses données relatives au contrat de travail. Dans un courrier d'accompagnement, elle a expliqué que son employée s'occupait de la tenue du ménage, des courses, de laver et repasser le linge, de préparer les repas, de la vaisselle, de l'aider à la douche et aux soins du corps ainsi que de l'accompagner à l'extérieur. L'assurée travaillait pour elle sans restriction significative, en ayant occasionnellement recours à de l'aide extérieure pour le port de charges lourdes.

Dans un rapport du 3 mai 2018, le Dr D.\_\_\_\_\_ a attesté que sa patiente était atteinte dans sa santé depuis octobre 2016. S'agissant des limitations fonctionnelles, il a précisé que tout effort entraînait une scapulalgie droite, de type névralgie cervico-brachiale (NCB), et pérennisait l'inflammation. Il encourageait sa patiente à subir une

intervention chirurgicale, qui engendrerait une incapacité de travail totale d'au moins trois mois.

L'assurée a subi une IRM cervicale, dorsale et lombaire en date du 25 juin 2019, laquelle s'est révélée dans la norme pour son âge (rapport du 25 juin 2019 de la Dre L.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie).

Poursuivant l'instruction de la demande, l'OAI a adressé un questionnaire au Dr D.\_\_\_\_\_ le 27 mai 2019, lequel y a répondu le 5 juillet 2019 en indiquant que l'état de santé de sa patiente s'était légèrement aggravé par l'apparition de cervico-dorso-lombalgies. Elle lui semblait incapable d'exercer une activité physique soutenue et professionnelle en lien avec ses douleurs, auxquelles s'associait une composante psychogène. Il a mentionné avoir sollicité un second avis chirurgical auprès du Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

L'assurée a été examinée par le Dr T.\_\_\_\_\_ en date du 28 août 2019, lequel l'a à son tour adressée au Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Ce dernier a retenu le diagnostic de lésion interstitielle de grade trois du tendon sus-épineux avec tendinopathie du long chef du biceps, mise en évidence par arthro-IRM du 2 septembre 2019. Il a proposé la mise en place d'un traitement conservateur et, en cas d'échec, une prise en charge chirurgicale avec suture du tendon lésé et ténodèse du long chef du biceps (rapport du 10 septembre 2019 au Dr T.\_\_\_\_\_).

Dans le cadre d'une nouvelle consultation du 15 novembre 2019, le Dr S.\_\_\_\_\_ a estimé que l'évolution était favorable, mais minime sur le plan subjectif. Il a ainsi préconisé une infiltration sous ultrason en janvier 2020, à la suite de laquelle l'assurée serait vue par le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui le remplacerait (rapport du 20 novembre 2019 au Dr D.\_\_\_\_\_).

Dans un rapport du 21 novembre 2019 à l'OAI, le Dr T. \_\_\_\_\_ a estimé que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'activité habituelle et devait être évaluée à distance dans une activité adaptée.

Le Dr C. \_\_\_\_\_ a examiné l'assurée les 26 février et 18 mars 2020. Par lettres de consultation du 30 mars 2020 adressées au Dr D. \_\_\_\_\_, il a précisé le diagnostic de déchirure interstitielle du supra-épineux en ce qu'elle intéressait plus de 50 % de l'épaisseur du tendon. Il a en outre relevé la faible évolution de la symptomatologie douloureuse et que la patiente lui avait signalé l'apparition d'une symptomatologie similaire à l'épaule gauche.

Dans une nouvelle lettre de consultation du 14 juillet 2020 au Dr D. \_\_\_\_\_, le Dr C. \_\_\_\_\_ a complété le diagnostic par la mention d'un conflit sous-acromial.

Le 17 septembre 2020, l'assurée a subi une nouvelle arthro-IRM de l'épaule droite, dont l'examen superposable au comparatif du 2 septembre 2019 a mis en évidence les problématiques suivantes :

« Importante tendinopathie distale du supra-épineux, siège d'une déchirure interstitielle insertionnelle siégeant au niveau de la moitié antérieure du tendon et atteignant globalement 50 % de l'épaisseur tendineuse.  
Légère tendinopathie de la portion intra-articulaire du long chef du biceps.  
Bursite sous-acromio-deltoïdienne modérée.  
Légère arthropathie dégénérative acromio-claviculaire en discrète poussée congestive ».

Dans un rapport du 8 décembre 2020 à l'OAI, le Dr C. \_\_\_\_\_ a indiqué que sa patiente avait été totalement incapable de travailler du 1<sup>er</sup> octobre 2019 au 6 novembre 2020 en raison de ses douleurs. Du 7 novembre au 7 décembre 2020, son taux d'incapacité de travail avait été de 50 %. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas d'efforts avec le bras au-dessus de la tête, pas de gestes répétitifs et pas de soulèvement de poids avec le bras loin du corps. Enfin, il estimait qu'une activité professionnelle adaptée pourrait progressivement être reprise.

Le Dr D.\_\_\_\_\_ a adressé un nouveau rapport à l'OAI le 13 mars 2021, dans lequel il a mentionné les limitations fonctionnelles suivantes pour l'épaule droite : élévation antérieure 140°, abduction 90°, rotation externe 50°, rotation interne L5 (cinquième vertèbre lombaire), test de Jobe douloureux, mais négatif. S'agissant de la capacité de travail, il a précisé qu'il était difficile d'obtenir de sa patiente qu'elle travaille uniquement avec son bras gauche, dans la mesure où elle était droitère et jouissait d'un niveau d'études bas. Toutefois, la mobilisation des membres supérieurs était possible en dépit des douleurs persistantes. Enfin, il a relevé ce qui suit :

« La situation de la patiente reste compliquée. Il existe actuellement une aggravation de la situation avec une cervico-dorso-lombalgie probablement d'attitude avec la sous-utilisation de son bras droit. Sur le plan psychologique, il existe aujourd'hui une investigation sur le plan rénal (ATCD [antécédents] de section urétrale pendant une hystérectomie), atrophie rénale. J'ai prévu de lui faire consulter un spécialiste de l'épaule puisque le Dr C.\_\_\_\_\_ n'est plus atteignable ».

Sur recommandation du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) du 16 juillet 2021, l'OAI a demandé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire en rhumatologie, psychiatrie et médecine interne.

Le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a réalisé le 28 mai 2021 une arthroscopie de l'épaule droite. Au cours de celle-ci, ce spécialiste a procédé à une synovectomie, à une régularisation du bourrelet antérieur, à une acromioplastie, à une résection de la clavicule distale inférieure, à une bursectomie partielle sous-acromiale et à une ténodèse du long chef du biceps.

Dans un rapport du 14 septembre 2021 au Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en urologie, le Dr M.\_\_\_\_\_, médecin praticien, spécialiste en médecine interne générale et en néphrologie, a posé le diagnostic de rein droit atrophique avec fonction relative à 10 % à la scintigraphie rénale de mars 2021, reflux vésicorénel droit symptomatique, status post-

pyélonéphrite en décembre 2020, status post-dissection iatrogène de l'uretère droit lors d'une hystérectomie en mars 2015, avec fistule urétéro-vaginale droite et par la suite réimplantation urétérale droite en décembre 2015, et créatininémie en moyenne à 70 pmol/l (picomoles par litre). Il a conclu qu'il existait une indication à une néphrectomie droite sur un rein afunctionnel qui avait déjà présenté des infections, bien qu'une telle intervention ne puisse garantir la disparition des sensations douloureuses au niveau sus-pubien.

Dans un rapport du 27 septembre 2021 au Dr D.\_\_\_\_\_, le Dr M.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics principaux de dissection iatrogène de l'uretère droit avec lésion urétérale droite iatrogène avec fistule urétéro-vaginale droite et hypotrophie progressive du rein droit, réimplantation urétérale à droite en décembre 2015, insuffisance rénale chronique G2A1, cystites à répétitions dont probable pyélonéphrite en décembre 2020, hypertension artérielle diastolique et cholécystolithiases. Ce spécialiste a proposé la tenue d'un consilium avec le Dr F.\_\_\_\_\_ en vue de discuter des bénéfices d'une néphrectomie droite.

L'expertise pluridisciplinaire a été confiée au N.\_\_\_\_\_ (ci-après : N.\_\_\_\_\_) et réalisée en novembre 2021 par les Drs J.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et X.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, ainsi que par la Dre V.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Dans leur rapport d'évaluation consensuelle du 4 février 2022, établie sous la supervision de la Dre E.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine physique et réadaptation, les experts ont retenu les diagnostics incapacitants de douleur de l'épaule droite correspondant à une capsulite rétractile in status après intervention chirurgicale en mai 2021 (M75.0) et de douleur du genou droit secondaire à un syndrome fémoro-patellaire clinique (M22.2). Les diagnostics de douleur dans la région lombaire droite, sans origine rhumatologique, de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), d'obésité exogène (E66), de lithiases vésiculaires connues (K80), d'hypotrophie progressive du rein

droit avec légère insuffisance rénale chronique, de status après réimplantation urétérale droite en décembre 2015, de status après dissection iatrogène de l'uretère droit, avec fistule urétéro-vaginale droite en mars 2015, de status après deux épisodes de pyélonéphrite avec cystites récurrentes (N10) et de status après hystérectomie en mars 2015 étaient sans incidence sur la capacité de travail. Les experts ont arrêté les limitations fonctionnelles rhumatologiques suivantes : pas d'effort du membre supérieur droit, pas de mouvement en abduction antépulsion ou rétropulsion du membre supérieur droit, pas de mouvement du membre supérieur droit en rotation externe coude au corps au-delà de 20°, pas de position à genoux ou accroupie maintenue, éviter les montées et descentes d'escalier répétées. Sur le plan psychiatrique, les limitations étaient les suivantes : sensibilité au bruit et au stress ainsi qu'un besoin de valorisation et d'encouragement. S'agissant de la capacité de travail, elle était nulle dans l'activité habituelle depuis la constatation de l'atteinte de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite sur l'arthro-IRM de mai 2017. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière sans perte de rendement depuis toujours, sous réserve des incapacités de travail ponctuelles justifiées par les interventions chirurgicales effectuées entre mars et décembre 2015 (hystérectomie et deux interventions urologiques). Enfin, les experts se sont prononcés sur les effets des atteintes à la santé d'origine rhumatologique sur les activités ménagères de l'assurée, aucune limitation n'étant retenue des points de vue psychiatrique ou de la médecine interne. Les rapports des évaluations rhumatologique, psychiatrique et en médecine interne générale étaient joints à l'évaluation consensuelle.

Par rapport d'examen du 21 février 2022, le SMR s'est rallié aux conclusions du rapport d'expertise consensuel du 4 février 2022.

Le service de réinsertion professionnelle de l'OAI a déterminé le degré d'invalidité de l'assurée le 9 mai 2022, en procédant à une comparaison des revenus. Il a pris en compte un revenu sans invalidité de 52'325 fr. 28, en extrapolant à plein temps le revenu communiqué par l'ancienne employeuse (25 fr. 06 x 40 heures hebdomadaires x 4.35

semaines x 12 mois), et un revenu d'invalidé de 49'213 fr. 09, ressortant des statistiques salariales pour une activité à plein temps dans le domaine industriel léger, après abattement de 10 % en raison des limitations fonctionnelles. Le degré d'invalidité équivalait ainsi à 5.95 %.

Par projet de décision du 17 mai 2022, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité. Il a retenu qu'à partir du mois de mai 2017, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas d'effort du monde supérieur droit, pas de mouvement en abduction antépulsion ou rétropulsion du membre supérieur droit, pas de mouvement du membre supérieur droit en rotation externe coude au corps au-delà de 20°, pas de position à genoux ou accroupie maintenue, éviter les montées et descentes d'escalier répétées. Sur la base des éléments du dossier, il a considéré l'assurée comme active à 40 % et ménagère à 60 %. Sur le plan ménager, il a estimé qu'une enquête n'était pas justifiée, puisque la prise en compte d'empêchements ménagers dans le calcul du degré d'invalidité n'influencerait en toute hypothèse pas le pourcentage du droit à la rente. Le degré d'invalidité global a ainsi été calculé comme suit :

<b>Activité partielle</b>	<b>Part</b>	<b>Empêchement</b>	<b>Degré d'invalidité</b>
Active	40 %	5.95 %	2.38 %
Ménagère	60 %	-	-
Degré d'invalidité			2.38 %

L'assurée a formé des observations à l'encontre de ce projet de décision le 24 juin 2022. En substance, elle a allégué que son état de santé s'était complètement dégradé à la suite de l'atteinte iatrogène survenue dans le cadre de son hystérectomie en 2015. Son état de santé global, au demeurant non stabilisé, avait affecté sa santé psychique, ce qui l'empêchait de se projeter dans une reprise d'activité professionnelle.

Elle s'est formellement opposée au projet de décision par courrier du 22 août 2022, auquel elle a joint un rapport que le Dr

W.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui assumait son suivi depuis le 24 juin 2022, avait établi le même jour à l'intention de l'OAI. Le psychiatre traitant a retenu les diagnostics de syndrome dépressif d'intensité moyenne (score de 24 sur l'Echelle de dépression de Hamilton [HDRS]) et de syndrome douloureux chronique, dans un contexte de multiples problèmes de santé (lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, syndrome fémoro-patellaire du genou droit, lombalgies sans origine ostéoarticulaire, hystérectomie avec lésion à l'uretère droit ayant pour conséquence des douleurs abdominales accentuées, à l'origine d'une proposition d'ablation du rein et de l'uretère droits, infections urinaires à répétition, lithiase vésiculaire impliquant une intervention chirurgicale prévue le 24 août 2022). Il a constaté un abaissement de l'humeur, une apathie, une anhédonie, des troubles du sommeil et une réduction des performances cognitives de sa patiente. Pour lui, cette dernière présentait les limitations importantes suivantes : une certaine rigidité psychique avec manque de flexibilité et d'adaptabilité, une incapacité d'exercer son activité professionnelle de femme de ménage, une réduction de la capacité à prendre des initiatives, une réduction marquée de sa capacité d'endurance et une baisse de la résistance au moindre effort, un manque de confiance en elle-même avec baisse de l'auto-estime, une tendance à s'isoler chez elle et à couper les contacts avec l'extérieur, une tendance à réduire ses déplacements à cause des douleurs ainsi que des difficultés de concentration et de mémoire.

Dans un compte-rendu de la permanence du 29 août 2022, le SMR a maintenu sa position, relevant que la symptomatologie décrite par le Dr W.\_\_\_\_\_ était déjà connue des experts, qui en avaient exclu le caractère durablement incapacitant.

Par décision du 29 août 2022, l'OAI a rejeté la demande de prestations, reprenant les termes de son projet de décision du 17 mai 2022.

**B.** Par acte du 3 octobre 2022, Z.\_\_\_\_\_, représentée par G.\_\_\_\_\_, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des

assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation, l'instruction de la cause devant être complétée par une observation professionnelle, un statut d'active à 100 % lui étant reconnu dès octobre 2018 et son revenu sans invalidité déterminé en tenant compte de la durée normale du travail issue des statistiques. La recourante a pour l'essentiel nié la valeur probante de l'expertise et remis en cause le statut retenu par l'intimé. En outre, elle a contesté le revenu sans invalidité en indiquant que l'intimé aurait dû se fonder sur l'horaire usuel dans le branche concernée - équivalant à un horaire de 41.8 heures hebdomadaires, respectivement 41.9 en 2021 - et non pas retenir un horaire de 40 heures par semaines. A l'appui de son recours, elle a produit un nouveau rapport daté du 22 août 2022 que le Dr W. \_\_\_\_\_ avait adressé à son conseil. Le psychiatre traitant, qui indiquait ne plus avoir vu sa patiente depuis l'opération prévue à la « fin août dernier », y complétait le status psychiatrique mentionné dans son précédent rapport par l'ajout d'un ralentissement psychique, d'un abaissement chronique de l'humeur, d'une réduction sensible de sa patiente dans ses activités habituelles du ménage et d'une fatigue et fatigabilité prononcées. Un traitement médicamenteux avait été introduit le 25 juillet 2022, dont les effets seraient contrôlés lors de la prochaine consultation, prévue le 21 novembre 2022. A ses yeux, la capacité de travail était nulle dans toute activité, les diagnostics posés étant ceux de trouble dépressif récurrent moyen (F33.1), de dysthymie (F34.1) et de douleur chronique où intervenaient des facteurs somatiques et psychiques (F45.41). Il a joint à son rapport l'échelle HDRS (score 24), ainsi que l'échelle mini CIF-APP (outil d'hétéro-évaluation des limitations de l'activité et de la participation dans les maladies psychiques, basé sur la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé ; score 18).

Dans sa réponse du 3 novembre 2022, l'intimé a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision entreprise quant à son résultat. Il a relevé que même en admettant un statut de personne active à temps plein et un horaire de travail de 43.75 heures hebdomadaires (en extrapolant à 100 % le nombre d'heures effectivement travaillées à 40 %), le degré d'invalidité n'atteindrait que 14 %.

Par réplique du 21 novembre 2022, la recourante a fait valoir qu'un complément d'instruction médical était justifié, dans la mesure où il y avait manifestement eu un changement du tableau clinique psychique depuis le 26 novembre 2021, date de l'examen clinique de l'experte psychiatre, comme cela ressortait du rapport du 22 août 2022 de son psychiatre traitant.

Dans sa duplique du 6 décembre 2022, l'intimé a maintenu sa position. Il s'est référé à un avis SMR du 30 novembre 2022, selon lequel le psychiatre traitant n'avait pas amené d'indices concrets dans le sens d'une modification de la situation survenue après l'examen clinique réalisé par l'experte psychiatre en novembre 2021.

### **E n d r o i t :**

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

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

**2. a)** Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente et à des mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité, singulièrement sur l'adéquation des critères retenus par l'intimé afin de déterminer le degré

d'invalidité de l'intéressée (statut de personne active à temps partiel, capacité résiduelle de travail, limitations fonctionnelles et revenu sans 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

En l'occurrence, la décision litigieuse, rendue le 29 août 2022, fait suite à une demande de prestations déposée au mois de novembre 2017 en raison d'une incapacité de travail résultant d'une atteinte à la santé objectivée au plus tard au mois de mai 2017. Un éventuel droit à une rente prendrait naissance au terme du délai de carence d'une année – soit avant le 1<sup>er</sup> janvier 2022 – de sorte que les dispositions de la LAI et du RAI dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 sont applicables à la résolution du présent litige.

**3. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par

l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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

**c)** Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> 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).

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

**aa)** Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou

psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré ; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

**bb)** L'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée en fonction de leur incapacité à accomplir leurs travaux habituels (méthode « spécifique » d'évaluation de l'invalidité ; art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Par travaux habituels, il faut en principe entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance aux proches (art. 27 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] ; cf. Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 52 ad art. 16 LPGA).

**cc)** Pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou travaillent sans être rémunérées dans l'entreprise de leur conjoint, d'une part, et qui accomplissent par ailleurs des travaux habituels aux sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), d'autre part, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, la personne assurée aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps elle aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'exercice de l'activité lucrative ou de l'activité dans l'entreprise du conjoint est établi conformément aux art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; comparaison des revenus), étant toutefois précisé que le revenu qui aurait pu être obtenu de cette activité à temps partiel est extrapolé pour la même activité exercée à plein temps. Le taux d'invalidité pour la part de

son temps consacrée par la personne assurée à ses travaux habituels est établi conformément aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; méthode spécifique). Les taux d'invalidité ainsi calculés sont ensuite pondérés en proportion de la part du temps consacrée à chacun des deux domaines d'activité, avant d'être additionnés pour fixer le taux d'invalidité globale. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI et 27bis al. 2 à 4 RAI [dans leur teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

**e)** Lors de l'examen initial du droit à la rente, il convient de définir quelle est la méthode d'évaluation de l'invalidité qu'il s'agit d'appliquer. 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 ; voir également ATF 144 I 28 consid. 2.3).

**4. 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 ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), 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).

**5.** La recourante fait grief à l'intimé d'avoir retenu un statut d'active à 40 % aux fins de l'évaluation de son degré d'invalidité, en lieu et place d'un statut d'active à 100 %. En effet, son concubin étant au bénéfice d'une rente de l'assurance-invalidité d'un faible montant depuis le mois d'octobre 2018, elle estime vraisemblable que, sans atteinte à la santé, elle aurait augmenté son taux d'activité pour des raisons financières. Dans ce contexte, elle souligne qu'elle a toujours manifesté concrètement sa volonté de travailler et que sa fille n'exige plus de

présence parentale durant la journée, le père de celle-ci étant au domicile.

Cette argumentation est bien fondée. Il est exact que la recourante a répondu le 8 février 2018 que son taux d'activité serait de 40 % si elle n'était pas atteinte dans sa santé. Elle a toutefois précisé ce qui suit : « Actuellement mon taux d'activité professionnelle est de 40 %. Mon compagnon étant en incapacité de travailler suite à une opération du dos (hernie discale) je subviens actuellement aussi à ses besoins. Sachant que j'ai une fille de 10 à m'occuper ». Ces indications auraient mérité une clarification. En cas de doute sur le statut, c'est en règle générale dans le cadre de l'enquête ménagère que celui-ci est clarifié. Une telle enquête n'a toutefois pas eu lieu en l'espèce, au regard du degré d'invalidité issu de la comparaison des revenus opérée pour la part active à temps partiel. Cela étant, les explications de la recourante relatives à la situation de santé de son concubin, lequel perçoit désormais une rente, ainsi qu'à l'âge de sa fille et aux difficultés financières du couple permettent de retenir que, sans atteinte à la santé, l'intéressée aurait vraisemblablement exercé une activité lucrative à plein temps dès le mois d'octobre 2018.

Toutefois, ainsi qu'on le verra (consid. 7 et 8 ci-dessous), ce constat ne permet pas pour autant d'ouvrir le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité.

**6. a)** Il convient d'examiner la capacité de travail et les limitations fonctionnelles présentées par la recourante.

La décision attaquée est fondée sur le rapport d'expertise du N. \_\_\_\_\_ du 4 février 2022, dans lequel les experts ont retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle depuis 2017, mais de 100 % dans une activité adaptée et ce, depuis toujours, sous réserve de périodes d'incapacité de travail liées aux interventions chirurgicales effectuées entre mars et décembre 2015.

La recourante conteste l'appréciation médicale des experts du N.\_\_\_\_\_, opposant qu'elle ne permet pas de se prononcer adéquatement sur sa capacité de travail et ses limitations fonctionnelles.

Sur le plan formel, le rapport d'expertise remplit cependant tous les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. En effet, l'état de santé de la recourante a fait l'objet d'un examen circonstancié par chaque expert spécialiste, l'expertise a été établie en pleine connaissance des éléments médicaux au dossier et prend en compte les plaintes de l'expertisée. Tant la description du contexte médical que l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions médicales sont bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). Ni le rapport d'évaluation consensuelle ni les rapports d'expertise par spécialité ne contiennent de contradiction. Il n'est par ailleurs pas contesté que la recourante n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle.

**b)** S'agissant du volet rhumatologique, la recourante déplore que l'expert rhumatologue, bien qu'il retienne les diagnostics de douleurs de l'épaule droite correspondant à une capsulite rétractile dans les suites d'une intervention chirurgicale en 2021 (M75.0) et du genou droit secondaire à un syndrome fémoro-patellaire clinique (M22.2), estime que la capacité de travail demeure entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Pour la recourante, les douleurs constituent une manifestation cohérente de son atteinte, si bien qu'elles devraient selon elle influencer sur la capacité de travail, que cela soit en termes de temps de présence ou de rendement. Or l'expert rhumatologue a bien pris en compte la problématique douloureuse dans son appréciation. Il a ainsi relevé en détail les indications fournies spontanément par l'assurée dans le cadre de l'entretien (pt 3.1, p. 9). Il a également résumé l'évolution de la santé de la recourante (pt 7.1, p. 13) et constaté que la prise en charge était correcte (pt 7.2, p. 14) ; il a ensuite procédé, en connaissance de ce qui précède, à l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité (pt 7.3, p. 14). C'est ainsi en pleine connaissance de cause que l'expert rhumatologue a conclu que la recourante était apte à travailler à plein

temps avec un plein rendement dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

**c)** Sur le plan psychiatrique, la recourante estime que l'experte se réfère implicitement à la mini CIF-APP, mais en soulignant uniquement la présence non entravée de certaines capacités (adaptation aux règles, planification et structuration des tâches, intégration dans un groupe, et soin de soi). Cela laisse selon elle penser que les autres capacités psychiques ne seraient pas limitées. Or il ne ressort pas du volet psychiatrique que l'experte aurait utilisé la mini CIF-APP. Il ne s'agit au demeurant pas d'une obligation en matière d'expertise psychiatrique ou d'un prérequis permettant de nier ou de reconnaître la valeur probante d'un rapport.

Pour le surplus, la recourante, au moment de l'expertise, n'avait plus de suivi psychothérapeutique depuis 2020, année durant laquelle elle n'avait eu que trois séances avec une psychologue avant d'interrompre la thérapie. Elle ne prenait en outre aucune des médications qui lui avaient été prescrites (cf. pt 3.2 de l'expertise psychiatrique, p. 27). Selon le rapport du Dr W. \_\_\_\_\_ du 22 août 2022 produit dans le cadre du recours, ce n'est que depuis le 25 juillet 2022 qu'une médication (Brintelix, Stilnox) a été introduite par le psychiatre, qui traite la recourante depuis le 24 juin 2022. La recourante s'appuie sur les constatations de ce médecin pour faire valoir qu'un changement significatif de la situation médicale serait intervenu postérieurement à l'examen expertal psychiatrique. Or l'existence d'une telle modification, survenue après novembre 2021, ne pourrait toutefois avoir un effet sur un éventuel droit à une rente d'invalidité qu'au terme du délai de carence d'un an, soit à une date postérieure à celle de la décision entreprise, comme le relève à juste titre l'intimé dans sa duplique du 6 décembre 2022. Par conséquent, il n'appartient en toute hypothèse pas à la Cour de céans de se prononcer à son sujet dans le cadre de la présente procédure.

De même, le fait que l'experte psychiatre mentionne que la symptomatologie existante lors de l'examen était « possiblement

minimisée » par la recourante ne permet pas encore de déduire que l'état de santé de l'intéressée allait se péjorer. S'il est exact que l'experte psychiatre n'a pas exclu une dépression larvée, « au vu du contexte familial », on comprend à la lecture de son rapport que c'est en lien avec le contexte marital tendu, à la suite des difficultés survenues après l'hystérectomie, lesquelles ont eu un impact majeur sur le couple. Selon la recourante, il existe actuellement un conflit ancré et une situation chronicisée, les époux vivant en chambre séparée et restant ensemble pour ne pas perturber la cadette (cf. pt 3.2 de l'expertise psychiatrique, haut p. 29). Par contre, les relations avec les enfants sont présentes et effectives. Selon les déclarations de la recourante, sa fille aînée lui rend visite quotidiennement avec ses propres enfants au terme de la journée scolaire, alors que son fils vient la voir les week-ends avec ses enfants. La recourante investit également la relation avec sa fille cadette, avec laquelle elle partage notamment les petits-déjeuners et les repas du soir. Cette dernière l'assiste au demeurant dans de nombreuses activités quotidiennes aux côtés du concubin de la recourante. Pour le surplus, toute personne est susceptible de voir possiblement ses symptômes s'aggraver. Le début d'un nouveau suivi psychiatrique ne permet au demeurant pas d'affirmer que les symptômes psychiques de la recourante se seraient péjorés. Au contraire, selon l'avis du SMR du 30 novembre 2022, la symptomatologie décrite par le psychiatre traitant était déjà connue et avait été adéquatement prise en considération lors de l'expertise, sans lui reconnaître d'effet sur la capacité de travail. Quoi qu'il en soit, au moment de l'expertise, aucun élément ne permet de douter de ce que l'état psychique de la patiente était compatible avec une capacité de travail à 100 % sur ce plan, sans perte de rendement. Au demeurant, la Cour observe que le suivi psychothérapeutique a débuté quelques semaines après le projet de décision refusant la rente. Outre les questionnements relatifs à l'opportunité du moment choisi pour cette prise en charge, cela semble confirmer que la recourante n'en éprouvait pas le besoin jusqu'alors, ce qui appuie les observations de l'experte psychiatre.

Quant au fait que l'épuisement des ressources n'aurait pas été examiné, l'argumentation de la recourante ne peut pas non plus être

suivie. En effet, dans sa discussion sur le seul diagnostic retenu (à savoir troubles anxieux et dépressif mixte, F41.2), l'experte psychiatre a bien indiqué ce qui suit :

« L'anamnèse psychiatrique met en évidence une femme bien structurée, disposant de capacités intellectuelles différenciées. Elle est soignée dans sa présentation clinique et ne manifeste pas de bizarrerie ou de signes caractériels dans le contact.

Une symptomatologie anxio-dépressive intermittente est apparue en 2020, dans un contexte de douleurs chroniques consécutives à des problèmes physiques, avec en 2014 une opération sur la vessie avec des complications, et puis, plus récemment, des problèmes d'épaule. En 2018, elle a perdu le travail qu'elle exerçait depuis de nombreuses années en tant qu'accompagnante d'une personne âgée, sans retrouver une occupation adaptée. Dans la situation contextuelle, elle rapporte également des problèmes de santé de son mari, avec un impact et un éloignement du couple.

Elle a ainsi développé une symptomatologie anxio-dépressive, avec mise en place de soutien psychologique et de traitement en 2020, qu'elle a arrêtés au bout de trois séances, estimant avoir les ressources nécessaires pour faire face à ses difficultés au quotidien.

La symptomatologie actuelle est intermittente, peu intense, possiblement minimisée par l'expertisée qui a tendance à avoir une approche pragmatique de la vie.

[...]

L'apparition de son état anxio-dépressif paraît reliée aux différents facteurs de stress, qui, non résolus, continuent à maintenir son état.

Les ressources thérapeutiques ne sont pas épuisées, un suivi et traitement peuvent être remis en place selon nécessité ».

Comme cela a déjà été évoqué, la recourante entretient des rapports réguliers avec ses deux aînés et vit avec sa fille cadette. Elle décrit en outre des relations régulières avec sa belle-famille, qui vit au demeurant dans le même immeuble qu'elle, et entretient régulièrement des contacts téléphoniques avec sa famille résidant en Allemagne. En dépit du contexte marital tendu, les ressources familiales semblent ainsi effectivement bien établies et solides, comme le rapportent l'experte psychiatre (pt 7.1. *in fine* du rapport d'expertise psychiatrique, p. 32) et

les experts dans le cadre de leur évaluation consensuelle de l'anamnèse sociale (pt 3.2, p. 11).

En outre, comme le relève le SMR dans son avis du 30 novembre 2022, l'experte psychiatre a procédé à la synthèse des ressources mobilisables. La recourante n'apporte pas d'éléments médicaux remettant en question l'appréciation consensuelle des experts sur ce point. En particulier, la Cour de céans relève que le suivi psychiatrique mis en œuvre est peu intensif, qu'il n'est pas fait état d'une hospitalisation et que ni la compliance ni l'efficacité du traitement ne sont discutées par le psychiatre traitant.

**d)** La recourante n'élève pas de grief à l'encontre de l'évaluation de médecine interne. On ne voit d'ailleurs aucune raison de se distancier des observations consignées par l'expert au terme de son examen diligenté dans les règles de l'art, lequel conclut, pour sa spécialité, à une pleine capacité de travail, sans perte de rendement, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, sous réserve de la convalescence subséquente aux interventions chirurgicales subies par le recourante. Cela étant dit, la Cour relève que la recourante ne peut rien tirer sur ce point de l'avis du Dr F.\_\_\_\_\_, qui ne se prononce pas sur la capacité de travail de sa patiente.

**e)** Pour le surplus, les experts ont pris en compte les rapports du Dr C.\_\_\_\_\_, comme cela ressort de la synthèse du dossier figurant sous l'annexe 4 au rapport d'évaluation consensuelle. A cet égard, il convient de relever que ce spécialiste a fait état d'une incapacité de travail totale de sa patiente, qu'il suivait depuis le 26 février 2020, du 1<sup>er</sup> octobre 2019 au 6 novembre 2020, puis à 50 % du 7 novembre au 7 décembre 2020 en raison de la symptomatologie algique. Il a cependant indiqué, dans le même rapport de décembre 2020, que la recourante pourrait progressivement reprendre une activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles, qui se confondent avec celles retenues dans la décision entreprise. Les avis médicaux de ce praticien n'invalident ainsi pas les conclusions des experts, lesquels ont procédé à l'évaluation

différente d'une situation médicale identique et ce, en pleine connaissance du dossier de la recourante.

**f)** Les experts ont également examiné l'évolution de la capacité de travail, puisqu'ils ont estimé que l'activité habituelle n'était plus exigible depuis l'objectivation de l'atteinte de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite par imagerie du 2 mai 2017 ; ils ont en outre relevé que la recourante avait présenté des incapacités de travail ponctuelles à la suite des interventions chirurgicales effectuées entre mars et décembre 2015 (pt 4.8, p. 5).

**g)** La recourante se plaint enfin de l'évaluation consensuelle à laquelle se sont livrés les experts, l'estimant peu contributive dans la mesure où elle est principalement constituée d'une juxtaposition des parties des examens spécifiques. Dans le cas d'espèce cependant, les experts ne se sont pas limités à reproduire les différentes parties de leurs évaluations. Ils ont au contraire procédé à une évaluation médicale interdisciplinaire, ont listé tous les diagnostics avec et sans effet sur la capacité de travail, puis ont fait part des limitations fonctionnelles rhumatologiques et psychiatriques, avant d'examiner les aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence sur ces limitations, d'évaluer les ressources et de procéder au contrôle de la cohérence, pour finalement motiver l'incapacité de travail et la capacité de travail globale. Ils ont ainsi retenu que cette dernière était entière dans une activité adaptée en rhumatologie, en psychiatrie et en médecine interne depuis toujours, en dehors des incapacités de travail transférables aux interventions chirurgicales précitées (pt 4.9, p. 5). L'évaluation consensuelle intègre ainsi les aspects somatiques et psychiques, est bien étayée et motivée. Les reproches de la recourante à son égard ne peuvent dès lors être retenus. Pour le surplus, la simple affirmation d'un manque de substance et de motivation ne suffit pas à écarter les conclusions de l'expertise (cf. recours, p. 12, pt 5.4).

**h)** Finalement, il n'existe aucun élément sur la base duquel la Cour de céans pourrait remettre en cause l'expertise pluridisciplinaire sur laquelle l'intimé s'est fondé pour rendre la décision entreprise.

L'existence, depuis toujours, d'une capacité totale de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles est donc établie au degré de la vraisemblance prépondérante.

**7.** Il convient encore d'examiner le calcul du taux d'invalidité auquel l'intimé a procédé, la recourante contestant en particulier la fixation de son revenu sans invalidité.

**a) 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)** Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en principe 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). Cette valeur statistique s'applique à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, ne requérant pas d'expérience professionnelle spécifique, ni de formation particulière, si ce n'est une phase initiale d'adaptation et d'apprentissage (TF 8C\_175/2020 du 22 septembre 2020 consid. 4.2 et les références). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

**dd)** La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75). Lorsque le revenu sans invalidité et le revenu avec invalidité sont tous deux établis au moyen de l'ESS, on prendra garde à prendre en considération les circonstances étrangères à l'invalidité de la même manière pour établir le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu avec invalidité. On peut également renoncer à une déduction particulière en raison de ces facteurs et se limiter, dans le calcul du revenu avec invalidité, à une déduction pour tenir compte des circonstances liées au handicap de la personne

assurée et qui restreignent ses perspectives salariales par rapport à celles ressortant des données statistiques (dans ce sens : ATF 135 V 297 ; 135 V 58 ; 134 V 322 consid. 4 et 5.2).

**b)** En l'occurrence et à titre liminaire, il convient de rappeler qu'il y a lieu de procéder au calcul du taux d'invalidité selon la méthode générale de comparaison des revenus, vu que la recourante doit être considérée comme active à 100 % (cf. consid. 5 ci-avant). En outre, l'année 2018 sert de référence pour la naissance du droit à la rente au regard du début de l'incapacité de travail arrêtée par les experts en mai 2017 (cf. consid. 6 ci-dessus).

**aa)** Afin de fixer le revenu sans invalidité, la recourante estime qu'il y a lieu de tenir compte de la durée hebdomadaire normale du travail dans la branche dans laquelle elle déployait son activité professionnelle, soit 41.8 ou 41.9 heures, et non de 40 heures comme l'a fait l'intimé. Ce moyen tiré de la contestation du revenu sans invalidité est bien fondé. Sur ce point, l'intimé s'est à juste titre référé aux indications fournies par l'employeuse quant au rapport de travail (taux d'occupation, horaire de travail et salaire effectif). En revanche, en l'absence d'indication relative à la durée ordinaire du travail dans l'entreprise, l'office intimé n'était pas fondé à arrêter cet horaire à 40 heures hebdomadaires, le choix de ce chiffre ne reposant sur aucune justification.

La recourante allègue qu'il convient de se fonder sur la durée normale du travail issue des statistiques pour les « autres activités de service ». Il n'est cependant pas avéré que l'activité déployée par la recourante se confonde avec cette qualification, qui regroupe divers types d'emplois. En outre, certaines activités de soins et d'accompagnement auxquelles se dédiait la recourante peuvent aussi bien relever de la catégorie principale « santé humaine et action sociale ». Face à cette incertitude, il conviendrait davantage de se référer à la valeur totale issue des statistiques, tous secteurs d'activité confondus. En 2018, la durée ordinaire de travail dans l'économie privée était de 41.7 heures par semaine.

Dans sa réponse au recours, l'intimé a extrapolé la durée effective de travail de la recourante pour une activité à plein temps. Il est ainsi parvenu à un horaire de travail de 43.75 heures hebdomadaires (17.5 heures x 250 %) pour un 100 %, ce qui offre encore une autre base de calcul.

Toutefois, comme nous le verrons ci-dessous (cf. consid. 7b/c et 8c), l'hypothèse de calcul choisie est, quoiqu'il en soit, sans incidence sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-invalidité.

Cela étant dit, il est constant que l'employeuse a indiqué que la recourante aurait perçu, en 2018, un salaire horaire de base de 25 fr. 06 fr et de 2 fr.08 d'indemnité de vacances, montant auquel s'ajoute 8.33 % (soit 2 fr. 26) à titre de part au treizième salaire. La Cour relève que l'office intimé n'a, à tort, pas tenu compte de la part dévolue au treizième salaire dans ses calculs. Ainsi, sur la base d'un horaire de 41.7 heures hebdomadaires, le revenu sans invalidité annualisé correspond à 59'468 fr. 55 ( $[25 \text{ fr. } 06 + 2 \text{ fr. } 26] \times 41.7 \times 4.35 \text{ semaines} \times 12 \text{ mois}$ ). Il est de 59'611 fr. 15 pour une activité de 41.8 heures hebdomadaires ( $[25 \text{ fr. } 06 + 2 \text{ fr. } 26] \times 41.8 \times 4.35 \text{ semaines} \times 12 \text{ mois}$ ) et de 62'392 fr. 05 pour une activité de 43.75 heures hebdomadaires ( $[25 \text{ fr. } 06 + 2 \text{ fr. } 26] \times 43.75 \times 4.35 \text{ semaines} \times 12 \text{ mois}$ ).

**bb)** Le revenu sans invalidité doit être comparé avec le revenu d'invalidé, que l'intimé établit à juste titre à l'aide de données statistiques, dans la mesure où l'intéressée n'a pas repris d'activité lucrative dans une activité adaptée. La recourante n'élève d'ailleurs pas de grief à l'encontre de ces constatations.

La prise en compte du salaire de référence auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé, soit 4'371 fr. conformément à l'ESS 2018 (tableau TA1, niveau de compétence 1), est correcte compte tenu de l'absence de formation professionnelle de la recourante et de la typologie

des tâches adaptées à ses limitations fonctionnelles. En tenant compte de la moyenne usuelle de travail de 41.7 heures dans les entreprises en 2018, le revenu s'élève, après annualisation, à 54'681.21 pour un 100 %. L'intimé a en outre procédé à un abattement de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles, ce qui ne prêche pas le flanc à la critique au vu des circonstances concrètes. Le revenu avec invalidité tel que retenu par l'intimé pour l'année 2018, soit 49'213 fr. 09, peut dès lors être confirmé.

**c)** Ainsi, au terme de la comparaison des revenus, le taux d'invalidité de la recourante est au maximum de 21.12 % et au minimum de 17.25 %. Inférieur à 40 %, ce taux ne lui ouvre pas le droit à une rente de l'assurance-invalidité.

**8.** Il reste encore à déterminer si la recourante peut prétendre à des mesures de réadaptation.

**a)** Le droit à d'éventuelles mesures de réadaptation, au sens de l'art. 8 al. 1 LAI, est notamment subordonné à la nécessité de celles-ci aux fins de rétablir, maintenir ou améliorer la capacité de gain de la personne assurée. Selon l'art. 8 al. 3 LAI, ces mesures comprennent notamment des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle et des mesures d'ordre professionnel.

Il existe essentiellement deux situations dans lesquelles la valorisation économique de la capacité fonctionnelle de travail présuppose l'octroi préalable de mesures de réadaptation : lorsque de telles mesures constituent, d'un point de vue médical, une condition nécessaire pour permettre à la personne assurée d'accroître sa capacité fonctionnelle de travail, d'une part ; d'autre part, lorsque l'octroi d'une mesure constitue une condition *sine qua non* d'un point de vue professionnel. En tout état de cause, selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, il appartient en principe à la personne assurée d'entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre d'elle pour tirer profit de l'amélioration de sa capacité de travail médicalement documentée (TF

9C\_178/2014 du 29 juillet 2014 consid. 7.1 et les références). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation (TF 9C\_717/2019 du 30 septembre 2020 consid. 7 ; 9C\_304/2020 du 8 juillet 2020 consid. 3 ; 9C\_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 et les références).

Cela étant dit, selon la jurisprudence de notre Haute Cour, il n'y a pas lieu d'allouer de mesures de réadaptation à une personne assurée qui dispose déjà d'une importante capacité résiduelle de travail, dès lors qu'elle peut la mettre à profit dans l'activité qu'elle exerce actuellement ou qu'elle pourrait normalement exercer (TF 9C\_178/2014 du 29 juillet 2014 consid. 7.1.2.1 et les références).

**b)** En l'espèce, la recourante jouit d'une pleine capacité de travail sans diminution de rendement, laquelle est immédiatement exigible dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Se fondant sur l'appréciation médicale des experts quant à la capacité de travail retenue, l'intimé a renvoyé la recourante à des activités légères, simples et répétitives, dans les domaines de la production et des services. Ainsi, la capacité de gain de la recourante, qu'il lui est loisible de mettre en œuvre dans des activités ne requérant pas d'expérience professionnelle spécifique ni de formation particulière, ne peut pas connaître de valorisation par des mesures de réadaptation.

Au demeurant, les déclarations de la recourante quant à son incapacité à reprendre une activité professionnelle, ainsi que ses antécédents, singulièrement sa renonciation à l'aide au placement qui lui avait été accordée – dont il lui est loisible de bénéficier à nouveau en se manifestant auprès de l'intimé –, laissent présumer que des mesures de réadaptation seraient, selon toute vraisemblance, vouées à l'échec (cf. TF I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2 ; TFA I 660/02 du 2 décembre 2002 consid. 2.1).

**c)** Dans ces conditions, c'est à juste titre que le droit à des mesures de réadaptation, singulièrement d'ordre professionnel, a également été nié par l'intimé.

**d)** Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu de donner suite à la conclusion de la recourante tendant à ce que soit mis en œuvre un complément d'instruction sous la forme d'une observation professionnelle. La Cour de céans est en effet convaincue, par appréciation anticipée des preuves dont elle dispose déjà, que les faits pertinents sont établis à satisfaction de droit (cf. ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

**9. a)** Par conséquent, il convient de rejeter le recours et de confirmer la décision attaquée.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. (six cents francs) 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, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**d)** La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat. Elle est toutefois rendue attentive au fait qu'elle devra en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision rendue le 29 août 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
  
- V.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires 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 :

- G.\_\_\_\_\_ (pour Z.\_\_\_\_\_),
- 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 :