

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 5 février 2024

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
Mme Di Ferro Demierre, juge, et M. Bonard, assesseur  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**V.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Bernard de Chedid,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6 s., 17 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 8 al. 1 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** V.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...], mère de deux enfants majeurs, sans formation, a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité le 29 janvier 2014, en faisant état d'un cancer au sein droit.

Dans un rapport du 13 janvier 2014 joint, le Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste en radio-oncologie (ou radiothérapie), a posé le diagnostic de cancer du sein depuis le mois de septembre 2013, traité par radiothérapie jusqu'au 6 décembre 2013. Il estimait l'incapacité de travail de l'assurée à 100 % dès le 23 octobre 2013.

Selon l'extrait de son compte individuel, l'assurée a travaillé en 1989 et 1990 dans la restauration, de 1990 à 1996 comme aide-soignante, et à compter de 1998 auprès de la Clinique de [...] comme employée de maison.

Selon le « questionnaire pour l'employeur », complété le 3 mars 2014 par la Clinique de [...], l'assurée avait œuvré comme employée de maison à plein temps du 9 mars 1998 au 19 septembre 2013, avec une reprise à 50 % prévue le 10 mars 2014. Son revenu mensuel s'élevait à 4'711 fr. (part au treizième salaire non comprise) depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2014, ce qui correspondait à un revenu annuel de 61'243 fr. (4'711 fr. x 13).

Dans un rapport du 20 juin 2014 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a posé le diagnostic d'épaule gelée droite depuis six mois, avec la précision « cas non stabilisé, guérison probable ».

Dans un rapport du 3 novembre 2014, le Dr R.\_\_\_\_\_ du SMR (Service médical régional de l'AI) a retenu en tant qu'atteinte principale à la santé un status post-épaule gelée droite (M75) et comme pathologie

associée du ressort de l'assurance-invalidité un carcinome canalaire *in situ* de grade intermédiaire du sein droit, en rémission. Ce médecin a constaté la totale incapacité de travail de l'assurée dès le 20 septembre 2013, puis à 50 % depuis le 10 mars 2014 (post-cancer). A partir du 10 octobre 2014 (épaule gelée), la capacité de travail était totale dans une activité adaptée « à traduire en termes de métier par un spécialiste REA ». Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de travail avec les bras au-dessus de la tête, ni de travail en hauteur et pas de port de charges supérieures à cinq kilos.

Le 30 avril 2015, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a répondu au questionnaire de l'OAI en lui indiquant que l'évolution était stagnante.

Le 13 mai 2015, l'assureur perte de gain E.\_\_\_\_\_ (ci-après : E.\_\_\_\_\_ ) a produit un rapport du 27 avril 2015 du Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, qu'elle avait mandaté en qualité d'expert. Cet expert y posait les diagnostics de tendinopathie de la coiffe et déchirure partielle du sus-épineux de l'épaule droite avec conflit sous-acromial et bursite, et de status après tumorectomie sous aréolaire du sein droit le 24 septembre 2013 et radiothérapie du même sein du 4 novembre au 6 décembre 2013. Sous la rubrique « plaintes actuelles » de son rapport, l'expert relevait un moral mauvais en présence d'une assurée triste et déprimée, sans idées suicidaires et qui n'était pas suivie sur le plan psychologique mais avait pris un temps du Xanax pour l'aider à dormir. Selon le Dr I.\_\_\_\_\_, dans une activité adaptée, l'assurée avait théoriquement une capacité de travail de 100% dès à présent.

Dans un avis du 8 juin 2015, le Dr H.\_\_\_\_\_ du SMR a pris position comme suit sur les derniers éléments recueillis par l'OAI au dossier :

"[...]

Discussion : pratiquement, c'est bien une pleine CT en toute activité qu'il s'agit de retenir (l'orthopédiste Q.\_\_\_\_\_ et le rhumatologue I.\_\_\_\_\_ l'attestent), et ce depuis le début mars 2015 (Dr Q.\_\_\_\_\_), sachant la CT de 25% dans l'activité habituelle dès le

16.02.2015. Limitations fonctionnelles : travail en élévation et travail répétitif du membre supérieur D, port de charges au-delà de 2kg”

Par décision du 6 janvier 2016, confirmant un préavis rendu le 11 septembre 2015, l'OAI a alloué trois-quarts de rente à l'assurée du 1<sup>er</sup> septembre 2014 au 31 janvier 2015, et lui a refusé l'octroi d'une mesure de soutien de son service de placement compte tenu de l'annonce de la reprise de l'activité habituelle à plein temps en septembre 2015.

**B.** Par acte du 5 février 2016, V.\_\_\_\_\_, alors représentée par Me Pierre-Yves Brandt, a recouru contre la décision du 6 janvier 2016 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme en ce sens qu'elle est mise au bénéfice d'une rente entière sur la base d'un degré d'invalidité de 100% à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2014 pour une durée indéterminée, et subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction puis nouvelle décision dans le sens des considérants.

Par arrêt du 22 février 2018 (CASSO AI 34/16 - 46/2018), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours de l'assurée et réformé la décision du 6 janvier 2016 en ce sens qu'elle avait droit à une rente entière de l'assurance-invalidité du 1<sup>er</sup> septembre 2014 au 31 mai 2015, la décision ayant été annulée pour le surplus et la cause renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision.

**C.** A la suite de l'arrêt précité, l'OAI a mis en place des mesures de réadaptation en faveur de l'assurée.

Par communication du 25 juillet 2018, l'OAI a octroyé à l'assurée une mesure d'orientation professionnelle auprès de la Fondation O.\_\_\_\_ (O.\_\_\_\_) du 17 juillet au 19 octobre 2018.

Selon la note d'un entretien téléphonique du 2 octobre 2018, la répondante auprès d'O.\_\_\_\_ a informé la spécialiste en réinsertion professionnelle en charge du cas à l'OAI que l'assurée avait de la peine à faire le deuil de son métier et à se projeter dans une autre activité. Elle

n'avait jamais « touché » un ordinateur et avait des peurs liées à cet appareil. Elle n'avait pas répondu au questionnaire dans sa langue maternelle sur les valeurs, les intérêts et la personnalité. Elle était beaucoup dans la plainte et n'allait pas vraiment bien sur le plan moral. Le suivi psychothérapeutique ne lui apportait pas grand-chose et elle se questionnait sur un changement de psychologue. L'assurée ne participait pas vraiment à la mesure car elle était trop prise par son état de santé. Les intervenants d'O. \_\_\_\_\_ ne parvenaient pas à avancer avec elle dans la mesure en question et ne savaient plus quoi lui proposer ; ils la percevaient comme « très peu prête à une réinsertion professionnelle prochainement ».

Aux termes d'un document intitulé « REA - Rapport final » du 8 novembre 2019, la spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a relevé que l'assurée n'avait suivi que cinq ans de scolarité et qu'elle n'écrivait pas en français. Selon cette spécialiste, il n'existait pas de formation susceptible de réduire le préjudice économique de l'intéressée ; seule une formation pratique aurait pu être envisageable mais, si elle l'aurait aidée à accéder à un emploi, elle n'aurait pas permis de réduire son préjudice économique. Après comparaison des revenus sans et avec invalidité exigibles de la part de l'intéressée, il en résultait un degré d'invalidité de 20.95 %. En l'état, seule une aide au placement pouvait être proposée à l'assurée pour mettre en valeur sa capacité de travail. Une séance d'information lui avait été proposée afin de déterminer si elle souhaitait bénéficier de cette aide.

Par communication du 3 mai 2019, l'OAI a accordé à l'assurée une aide au placement (au sens de l'art. 18 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]) et, par décision du même jour, l'OAI a interrompu les mesures professionnelles octroyées le 25 juillet 2018 avec effet au 1<sup>er</sup> octobre 2018.

L'assurée a renoncé le 30 septembre 2019 à l'aide au placement.

**D.** Le 4 décembre 2019, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI, en indiquant quant au genre de l'atteinte « opération du sein droit en raison d'un cancer. A la suite de cette intervention, de fortes douleurs persistent et ir[r]radient le bras droit », ce depuis le 24 septembre 2013.

Dans un rapport du 16 janvier 2020 à l'OAI, la Dre G.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, a posé les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de scapulalgies droites sur tendinopathie de la coiffe et des « articuloirs » multiples (depuis 2013). Sans incidence sur la capacité de travail, elle a diagnostiqué une hypertension artérielle (HTA) et un carcinome hépatocellulaire (ou hépatocarcinome [HCC]). Elle a estimé la capacité de travail comme nulle depuis 2013 dans l'activité habituelle de femme de ménage, sans se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Le pronostic était difficile au vu de la progression de la symptomatologie douloureuse qui s'étendait aux multiples articulations, avec une infiltration de l'épaule droite prévue.

Par rapport du 25 février 2020 à l'OAI, le Dr I.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics incapacitants de syndrome douloureux chronique, de trouble anxio-dépressif chronique et de probable trouble de la personnalité (depuis 2013). La capacité de travail dans l'activité usuelle était nulle depuis 2013. Pour l'estimation de la capacité de travail dans une activité adaptée, il renvoyait l'OAI auprès des psychiatre et rhumatologue en charge de l'assurée. Les limitations fonctionnelles étaient variables selon la clinique et les douleurs exprimées, avec la précision que la problématique principale était psychologique avec une anhédonie, des troubles de mémoire et de concentration. En annexe, le Dr I.\_\_\_\_\_ a notamment joint un rapport du 23 janvier 2020 du Prof. F.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie. Ce médecin a diagnostiqué un probable syndrome douloureux chronique et une cervico-brachialgie droite, mécanique, chronique. Les comorbidités étaient un trouble dépressif, une hypertension artérielle et une ostéoporose traitée. Sur la base de ses consultations de l'assurée entre le 4 novembre 2019 et le 22 janvier 2020, il a décrit une patiente en bon état général, sans signe d'arthrite, ni de

synovite ni d'atteinte cutanée visible. Seule une hyperlaxité au niveau des coudes et des genoux bilatérales était relevée au status. En conclusion, l'assurée présentait des douleurs multiples et diffuses en progression depuis 2013. Elle bénéficiait d'un suivi auprès du service d'antalgie au CHUV et d'un suivi psychiatrique en cours. Dans ce contexte, un possible syndrome douloureux chronique avec échec de prise en charge ambulatoire était évoqué, avec la proposition d'une hospitalisation multimodale qui avait été acceptée par l'intéressée.

Dans un rapport du 6 avril 2020, les Drs T.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, et P.\_\_\_\_\_, médecin-assistant, du Centre de psychiatrie et psychothérapie D.\_\_\_\_\_, qui suivaient l'assurée depuis le 24 août 2015, ont diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail un trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22). Ils ont retenu les incapacités de travail suivantes dans l'activité de femme de ménage :

- 50 %, du 9 septembre 2015 au 25 septembre 2015 ;
- 100 %, du 17 septembre 2015 au 31 décembre 2015 ;
- 100 %, du 1<sup>er</sup> janvier 2016 au 30 avril 2016 ;
- 100 %, du 2 mai 2016 au 31 mai 2016.

Les psychiatres traitants ont indiqué que l'assurée rapportait toujours les mêmes plaintes, à savoir une anhédonie, un apragmatisme, une humeur abaissée, une perte d'élan vital, une baisse de l'estime de soi, des ruminations fréquentes, des difficultés à gérer les émotions et liées au stress, une anxiété et des troubles du sommeil. A côté d'un suivi de soutien, une à deux fois par mois, l'intéressée refusait tout traitement médicamenteux par peur des effets secondaires. En l'absence d'évolution depuis le début du suivi et de plaintes qui restaient les mêmes, un pronostic était impossible. En l'état des choses, seules deux heures de travail par jour étaient exigibles de la part de l'assurée dans une activité adaptée à ses limitations physiques. Les restrictions sur le plan psychique étaient une asthénie et une démotivation importante. Dans le cas de l'octroi d'une mesure de réadaptation professionnelle, sa mise en œuvre

devait être progressive afin de permettre à l'assurée de reprendre confiance en elle.

Aux termes d'un rapport du 9 juillet 2020, le Prof. F. \_\_\_\_\_ a fait part d'une prise en charge multimodale de l'assurée auprès du Service de rhumatologie du Département de l'appareil locomoteur au CHUV, du 8 au 19 juin 2020. Posant les diagnostics de syndrome cervico-brachial chronique, de syndrome douloureux chronique et de trouble anxieux généralisé, le Prof. F. \_\_\_\_\_ a estimé qu'en l'état des choses l'assurée ne disposait pas des ressources nécessaires pour la reprise du travail. On extrait ce qui suit de ce rapport :

**“Conclusion :**

Il s'agit d'une patiente qui souffre d'un syndrome cervico-brachial et d'un syndrome douloureux chronique dans lequel la dépression et, surtout, l'anxiété ont une forte influence causale et amplificatrice. Les comportements d'évitement et la kinésiophobie rendent très difficile l'adoption d'approches qui pourraient l'aider à se sentir mieux, notamment la physiothérapie. Au départ, des approches plus douces qui conduisent à une exposition progressive au mouvement devraient être la voie initiale, en association avec la psychothérapie et antidépresseurs.

[...]

**Suite de prise en charge ambulatoire :**

- Un suivi chiropratique est suggéré.
- Une prise en charge en ergothérapie en ambulatoire a été programmé[e].
- La reprise d'un suivi psychothérapeutique nous apparaît indispensable. Nous l'encourageons à reprendre contact avec le centre des D. \_\_\_\_\_ afin de convenir d'une reprise du suivi avec un nouveau thérapeute.
- Un traitement psychotrope à base de Sertraline (SSRI) dont la posologie pourrait être majorée progressivement pourrait constituer un choix judicieux.
- Vu de la kinésiophobie importante de la patiente, une thérapie physique privilégiant des techniques douces, une attitude rassurante et motivante mais peu active du thérapeute, pourrait permettre à Mme V. \_\_\_\_\_ de reprendre confiance en ses capacités à récupérer une mobilité plus importante.
- Dès que cette confiance a été récupéré[e], un suivi par physiothérapie pour son épaule avec l'objectif d'un début de reconditionnement est très suggéré. Néanmoins ce suivi ne semble pas encore possible, Mme V. \_\_\_\_\_ n'est pas encore au stade de pouvoir tirer bénéfice d'exercices actifs.”

Dans un avis du 2 février 2021, le Dr W. \_\_\_\_\_, du SMR, a, sur la base des éléments à disposition, indiqué que l'état de santé de

l'assurée était similaire à celui déjà connu, avec une requalification de l'état psychique par de nouveaux diagnostics, un déconditionnement et l'évocation d'une attente de bénéfices secondaires. Ce médecin proposait à la gestionnaire en charge du cas à l'OAI de réinterroger le Prof. F.\_\_\_\_\_ en vue d'obtenir le rapport psychiatrique complet résumé dans le bilan étiologique multidisciplinaire du 9 juillet 2020, le nom du psychiatre évaluateur, et les traitements introduits lors de l'hospitalisation, notamment anxiolytiques. Par ailleurs, il s'agissait d'obtenir un rapport du Centre de psychiatrie et psychothérapie D.\_\_\_\_\_ pour connaître la prise en charge.

Par rapport du 22 février 2021 adressé au médecin-conseil de l'OAI, le Prof. F.\_\_\_\_\_ a remis un rapport du 15 juin 2020 d'évaluation psychiatrique de l'assurée qui avait été hospitalisée dans le cadre du programme DAL en raison d'un syndrome douloureux chronique. Il a répondu qu'aucun autre médicament n'avait été ajouté pendant l'hospitalisation, à l'exception du Rheumon® forte spray (étofénamate), en ajoutant que le psychiatre avait considéré qu'un traitement psychotrope à base de Sertraline (SSRI) dont la posologie pourrait être majorée de manière progressive, pouvait être un choix judicieux.

Dans un rapport du 30 mars 2021 à l'OAI, la Dre M.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, du Centre de psychiatrie et psychothérapie D.\_\_\_\_\_, a posé les diagnostics de trouble anxieux phobique mixte (F40.9) et de neurasthénie (F48.0). En l'absence de changement avec les mêmes plaintes depuis 2015, elle a attesté une incapacité de travail à 50 % du 9 au 17 septembre 2015, puis totale depuis lors dans toute activité, même adaptée. Sur le plan psychiatrique, les limitations étaient : la présence d'un épuisement (fatigue et faiblesse physique) après des efforts minimes dans les tâches quotidiennes et un sentiment de détresse. L'assurée était très réticente à la prise de psychotropes et acceptait une psychothérapie de soutien dont la relation thérapeutique était en train de se consolider progressivement.

Le SMR, sous la plume du Dr W.\_\_\_\_\_, a pris position sur les derniers renseignements récoltés par l'OAI au dossier. Retenant que le tableau clinique ne semblait pas drastiquement modifié depuis le précédent examen, il ne pouvait cependant exclure un épuisement des ressources éventuel en indiquant qu'un diagnostic de neurasthénie devait être traité comme un syndrome sans pathologie ni étiologie claire. Il a sollicité une expertise bidisciplinaire (rhumatologie et psychiatrie) afin notamment de déterminer si une modification de l'état de santé devait être retenue depuis la précédente décision, et si oui depuis quand, ainsi que les limitations fonctionnelles, la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité et leur évolution, et les traitements exigibles (avis médical du 21 avril 2021).

Dans un rapport du 28 juillet 2021 adressé au Dr I.\_\_\_\_\_, le Prof. F.\_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics avec les comorbidités figurant dans son précédent rapport du 23 janvier 2020. Au dernier contrôle le 19 juillet 2021, l'assurée avait toujours des arthro-myalgies. A l'échographie, il était noté au niveau des mains une synovite grade II au niveau du MCP2 à gauche ; une IRM (imagerie par résonance magnétique) devait être réalisée pour évaluer une ténosynovite ou un autre type d'inflammation. Selon le Prof. F.\_\_\_\_\_, sur le plan professionnel, lors du programme multimodal, il avait été constaté une capacité de travail nulle compte tenu de la multimorbidité, de la fibromyalgie et de l'âge de l'assurée.

Aux termes d'un rapport du 21 novembre 2021 relatif à un entretien téléphonique du 9 novembre 2021 avec l'assurée, le Prof. F.\_\_\_\_\_ avait indiqué à son interlocutrice que son IRM des mains ne montrait pas d'inflammation ou d'arthrose, donc pas d'argument pour une atteinte rhumatismale. Par ailleurs, les douleurs étaient toujours en association avec la fibromyalgie. Ce médecin a confirmé que la capacité de travail était nulle dans toute activité physique. Il a précisé que l'intéressée avait débuté la prise de Sertraline® qui l'aidait partiellement. Enfin, le Prof. F.\_\_\_\_\_ suggérait la poursuite de la physiothérapie et éventuellement de l'ostéopathie.

Entre-temps, l'OAI a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire de l'assurée auprès de B. \_\_\_\_\_ SA, laquelle a été confiée aux Drs T. \_\_\_\_\_, psychiatre, et S. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie. Dans leur rapport du 8 mars 2022, les experts ont posé les diagnostics suivants :

“1.1.d.3 Diagnostics d'éléments pertinents ayant une incidence sur la capacité de travail

1. Status après épaule gelée droite post-radique, 2014
2. Tendinopathie de la coiffe des rotateurs et déchirure partielle du sus-épineux de l'épaule droite, avec conflit sous-acromial et bursite, selon le rapport d'expertise du Dr I. \_\_\_\_\_ du 27.04.2015
3. Cervico-brachialgies droites avec troubles dégénératifs au niveau C5, C6, C7 à droite, selon le rapport de la Dresse [...] et du Prof. [...] du 30.10.2019

1.1.d.4 Diagnostics d'éléments pertinents sans incidence sur la capacité de travail

1. F41.2 Trouble anxieux et dépressif mixte
2. Fibromyalgie avec score de Wolfe à 28/31
3. Lombalgies sur dysbalance musculaire avec insuffisance de la sangle abdominale
4. Déconditionnement physique
5. Ostéoporose
6. Hypermobilité rotulienne ddc [des deux côtés]”

Les experts ont conclu de manière consensuelle à une totale incapacité de travail depuis 2013, date de la découverte du cancer du sein et de la survenue de l'épaule gelée post-radique, dans l'activité habituelle comme femme de ménage. Ils ont toutefois conclu à une capacité de travail 80 % (à savoir 100 %, avec une baisse de rendement de 20 % en raison des pauses supplémentaires nécessaires en lien avec les atteintes rhumatologiques) depuis mars 2015 dans une activité adaptée, sauf nulle de manière transitoire lors des périodes de désadaptation avec des symptômes anxieux et dépressifs, périodes susceptibles de mieux se réguler avec un traitement optimal et une adhésion aux soins. Du point de vue psychiatrique, il n'y avait pas de limitation fonctionnelle à retenir. Du point de vue rhumatologique, pour éviter toute aggravation des troubles dégénératifs cervicaux, l'assurée était en mesure d'effectuer un travail adapté, en alternant les positions assise et debout, en limitant le port de charges à deux kilos. Elle devait éviter toute activité avec le bras droit au-dessus de l'horizontal et toutes les activités qui demandaient une sécurité

augmentée sur des échafaudages, des échelles, des activités qui demandaient une posture non ergonomique qui surchargeait le rachis dans sa totalité.

Le 23 mai 2022, l'expert rhumatologue du B.\_\_\_\_\_ a établi un complément d'expertise à la demande de l'OAI (avis SMR du 29 avril 2022 du DrW.\_\_\_\_\_) dont il ressort ce qui suit :

"1. Selon quelle discussion étayée les éléments médicaux qui fondaient les conclusions retenues en 2015 (CTAH 25% et CTAA 100%) étaient-elles erronées ?

En avril 2015, la personne assurée a bénéficié d'une expertise par le Dr I.\_\_\_\_\_, rhumatologue. Au diagnostic d'épaule gelée a été rajouté le diagnostic de tendinopathie de la coiffe des rotateurs à droite, avec une déchirure partielle du muscle du tendon sus-épineux, conflit sous-acromial et bursite. Selon le Dr I.\_\_\_\_\_, la personne assurée est apte à reprendre son activité professionnelle habituelle à 25%, taux confirmé par le Dr Q.\_\_\_\_\_, et ce dès le 16.02.2015. Par contre, la capacité dans une activité adaptée a été considérée comme de 100%, dès mars 2015.

Selon l'expert de ce jour, en posant le diagnostic d'épaule gelée et en spéculant sur une reprise de travail à 25% dans l'activité habituelle, les 2 médecins ont fait part d'un optimisme exagéré.

Le status de l'épaule droite lors de l'expertise de 2015 montre d'importantes limitations fonctionnelles : le Dr I.\_\_\_\_\_ précise « la pathologie de l'épaule droite justifie une limitation de la capacité de travail dans les activités contraignantes pour cette articulation. Il y a des limitations fonctionnelles pour les travaux en élévation des membres supérieurs et ceux nécessitant des efforts répétitifs ». Le Dr I.\_\_\_\_\_ signale également « la pathologie de l'épaule droite entraîne une incapacité de travail dans les efforts contraignants pour cette articulation, ce qui peut être le cas dans son activité habituelle ».

Pour ces raisons, selon l'expert de ce jour, la fonction normale de l'épaule n'a pas été retrouvée et la personne assurée ne pouvait donc pas reprendre son activité habituelle d'employée de maison. La capacité est de 0% dans l'activité habituelle depuis 2013 (découverte du cancer du sein et de la survenue de l'épaule gelée post-radique) et il s'agit là d'une appréciation différente du même état de santé.

De même, une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était envisageable à 80% car la personne assurée nécessite des pauses supplémentaires en lien avec les atteintes rhumatologiques (douleurs à l'épaule et au rachis).

2. Ultérieurement à 2015, depuis quelle date reprenez-vous un nouveau diagnostic ou une aggravation d'un diagnostic existant, et selon quels éléments médicaux objectifs (constat clinique, examens complémentaires, ...) ? Si la symptomatologie en lien

avec ce diagnostic était présente avant 2015, en quoi est-elle devenue incapacitante depuis la date proposée ?

Dans le rapport d'anesthésiologie du 30.10.2019 au Prof. [...], il est évoqué que la personne assurée présente, certes, depuis 5 ans des symptômes de cervico-brachialgies, constants et qui débutent au niveau du bas de la colonne cervicale avec irradiation dans l'épaule, omoplate et bras droit jusqu'au coude.

Cependant, le 1<sup>er</sup> rapport faisant apparaître le diagnostic de cervico-brachialgies est celui du 27.12.2018 de la Dresse [...] au Prof. [...]. Ce diagnostic est confirmé en 2020 par le Dr [...].

L'expert retient alors que la symptomatologie n'était pas suffisamment importante pour retenir un diagnostic jusqu'en décembre 2018 où la personne a consulté pour ce motif. Dès lors, il est admissible que l'état clinique de la personne assurée s'est péjoré, en raison d'une décompensation d'une atteinte antérieure. Cette affection a d'ailleurs fait l'objet d'une prise en charge spécifique en anesthésiologie.

Cette aggravation a engendré de nouvelles limitations fonctionnelles à partir de décembre 2018.

3. Le cas échéant, cette modification de l'état de santé intervenue après 2015 engendre-t-elle en soi de nouvelles conséquences sur la CT ou sont-elles confondues avec les atteintes déjà existantes ?

La modification de l'état de santé intervenue en décembre 2018 a engendré de nouvelles limitations fonctionnelles propres au rachis dès ce moment, alors que des limitations fonctionnelles relatives à l'épaule gelée étaient déjà présentes en 2013.

4. Les LF sur le rachis entier sont-elles retenues à titre préventif ou en lien avec l'état clinique fonctionnel actuel de la personne assurée ?

Les limitations fonctionnelles concernant le rachis cervical sont à la fois à titre préventif et à titre fonctionnel."

Aux termes d'un avis du 8 juillet 2022, le Dr W. \_\_\_\_\_ du SMR a estimé qu'au vu des explications complémentaires précitées, une péjoration de l'état de santé avec des troubles du rachis pouvait être retenue depuis décembre 2018. Les limitations fonctionnelles étaient augmentées (alternance nécessaire des positions assise et debout, pas de port de charges supérieures à deux kilos, pas d'activité avec le bras droit au-dessus de l'horizontal, pas d'activités demandant une sécurité augmentée sur des échafaudages, des échelles, ni d'activités demandant une posture non ergonomique surchargeant le rachis dans sa totalité). La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle alors qu'elle était de 80 % dans une activité adaptée.

Dans un document intitulé « REA - Rapport final » du 7 octobre 2022, un spécialiste en réinsertion professionnelle auprès de l'OAI a estimé qu'au vu des limitations fonctionnelles, l'activité habituelle d'employée de maison à la Clinique de [...] n'était pas adaptée avec une capacité de travail nulle. En revanche, la capacité de travail était de 80 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues : alternance des positions assise et debout, pas de port de charges de plus de deux kilos, pas d'activité avec le bras droit au-dessus de l'horizontal, pas d'activités demandant une sécurité augmentée sur des échafaudages, des échelles, ni d'activités demandant une posture non ergonomique qui surcharge le rachis dans sa totalité. La comparaison entre un revenu sans invalidité de 62'603 fr. (à 100 % après indexations du montant de 61'549 fr. 22 y compris treizième salaire) et avec invalidité de 41'557 fr. 72 (à 80 % selon feuille de calcul ESS [enquête suisse sur la structure des salaires] et après abattement de 5 % en raison de l'âge) laissait apparaître un degré d'invalidité de 33.62 %. Des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas susceptibles de diminuer le préjudice économique.

Par projet de décision du 28 novembre 2022, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de rejeter sa nouvelle demande de prestations.

Désormais représentée par Me Bernard de Chedid, l'assurée a formulé des observations le 22 décembre 2022 sur ce préavis négatif. Elle a fait valoir qu'elle n'était pas en mesure de reprendre un emploi, même dans une activité adaptée telle que décrite. Elle a demandé à l'OAI de lui fixer une entrevue sur rendez-vous.

Par lettre du 3 janvier 2023, l'OAI a indiqué à l'avocat de l'assurée que dans le cadre de la phase de contestation d'un projet de décision, il privilégiait avant tout une transmission par écrit des arguments liés à la contestation en invitant l'intéressée à lui en faire part par écrit jusqu'au 31 janvier 2023. Il a rappelé en ce sens qu'il appartenait à l'assurée de faire le nécessaire pour fournir les éléments, tels que des rapports des médecins traitants, susceptibles de lui permettre de revoir sa

position. Toutefois, si le représentant de l'assurée souhaitait tout de même avoir une entrevue dans les locaux de l'OAI, il était invité à l'indiquer par retour de courrier. Passé ce délai et sans nouvelles de sa part, ou en l'absence d'éléments nouveaux, l'OAI devrait considérer l'absence de modification rendue plausible de sa prise de position. Aucune suite n'a été donnée à cet envoi.

Par décision du 8 mars 2023, l'OAI a confirmé son préavis de refus de rente d'invalidité du 28 novembre 2022. Était joint un courrier du même jour faisant partie intégrante de la décision.

**E.** Par acte du 27 avril 2023, V.\_\_\_\_\_, toujours représentée par Me de Chedid, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'elle est mise au bénéfice d'une rente d'invalidité de 100 % à compter du 18 novembre 2019 pour une durée indéterminée ainsi qu'au renvoi du dossier à l'OAI pour détermination du montant de la rente et prononcé d'une nouvelle décision. Subsidiairement, elle a conclu à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, elle a reproché à l'OAI d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical, contestant la valeur probante du rapport d'expertise du 8 mars 2022 (et son complément du 23 mai 2022) de B.\_\_\_\_\_, en lui opposant une attestation d'incapacité de travail établie le 8 mars 2023 par le Prof. F.\_\_\_\_\_ produite sous bordereau de pièces en annexe à son mémoire de recours. Elle a plaidé pour l'essentiel qu'au vu de son âge (60 ans) approchant la retraite, il était illusoire de retenir qu'elle était en mesure de retravailler dans une activité adaptée. Dans le cadre de la comparaison des revenus effectuée pour déterminer son degré d'invalidité, elle rediscutait le montant de 41'557 fr. 72 pris en compte par l'OAI au titre de revenu avec invalidité. Elle a contesté en outre l'abattement de 5 % retenu par l'OAI en invoquant son absence de formation, le nombre d'années passées dans la même activité, et ses atteintes psychiques et physiques notamment à l'épaule et au bras droits ainsi qu'au dos. A titre subsidiaire, elle a déploré l'absence de mesure de réadaptation

professionnelle, voire de placement, proposée dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations.

Dans sa réponse du 21 juin 2023, l'OAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

Le 23 octobre 2023, en réplique, la recourante a maintenu ses précédentes conclusions. Elle a produit un rapport de la Dre Z. \_\_\_\_\_ du Centre de psychiatrie et psychothérapie D. \_\_\_\_\_ du 13 septembre 2023 qui s'est exprimée en ces termes :

"[...]

Après avoir récemment repris la prise en charge psychiatrique de Mme V. \_\_\_\_\_ et avoir consulté son dossier médical, je peux vous fournir les informations suivantes :

Son état psychique demeure superposable à celui décrit dans différents rapports médicaux précédents. Les diagnostics psychiatriques déjà posés sont toujours actuels. Il en est de même pour les limitations fonctionnelles psychiques. Il n'y a donc, aucun nouvel élément dans son évolution à signaler. [...]"

Dans sa duplique du 9 novembre 2023, l'OAI a une nouvelle fois proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision querellée.

### **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 compte tenu des fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a LPGA et 60 al. 1 LPGA) auprès du

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

**2.** Le litige porte sur le droit de la requérante à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa nouvelle demande du 4 décembre 2019.

**3. a)** 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.

**b)** En l'espèce, la décision litigieuse rendue le 8 mars 2023 fait suite à une nouvelle demande de prestations déposée le 4 décembre 2019, en raison d'atteintes à la santé incapacitantes depuis 2013, de sorte que le droit éventuel au versement de la rente existerait dès 2020, compte tenu de la date de dépôt de la demande tardive de prestations. Il convient donc d'appliquer les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

**4.** Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si comme en

l'espèce l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

**5. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de

réadaptation exigibles (cf. art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie à 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 lui 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)** 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). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

**d)** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre

position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**e)** Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**f)** La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour mettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de

l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_299/2021 du 11 août 2021 consid. 3.3, TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références).

**6. a)** En l'espèce, l'OAI est entré en matière sur la deuxième demande de prestations déposée le 4 décembre 2019 par la recourante. Au terme de l'instruction qu'il a menée, l'intimé a retenu que la capacité de travail de l'intéressée était nulle dans son activité habituelle d'employée de maison depuis 2013, mais qu'elle était de 80 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (alternance nécessaire des positions assise et debout, pas de port de charges de plus de deux kilos, pas d'activité avec le bras droit au-dessus de l'horizontal, pas d'activité demandant une sécurité augmentée sur des échafaudages, des échelles, ni d'activités demandant une posture non ergonomique qui surcharge le rachis dans sa totalité), depuis le mois de décembre 2018.

L'OAI a admis que l'état de santé de la recourante s'était péjoré en décembre 2018, dans la mesure où elle a présenté des troubles dégénératifs du rachis qui augmentent les limitations fonctionnelles (cf. avis SMR du 8 juillet 2022), la capacité de travail demeurant de 80 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

**b)** La recourante ne remet pas sérieusement en cause les conclusions des experts du B.\_\_\_\_\_. Elle se prévaut pour l'essentiel du rapport de la Dre Z.\_\_\_\_\_ du Centre de psychiatrie et psychothérapie D.\_\_\_\_\_, du 13 septembre 2023, selon lequel son état psychique demeure superposable à celui décrit dans différents rapports médicaux précédents dont les diagnostics psychiatriques déjà posés sont toujours actuels, avec la précision qu'il en va de même pour les limitations fonctionnelles psychiques. Or cette médecin ne signale pas de nouvelle évolution, et ne fait état d'aucun élément objectivement vérifiable dont l'OAI n'aurait pas eu connaissance lors de l'instruction du dossier. De

même, l'attestation établie le 8 mars 2023 par le Prof. F. \_\_\_\_\_ n'indique pas les raisons pour lesquelles la capacité de travail serait nulle dans toute activité et n'est pas propre à remettre en cause les conclusions des experts.

**c) aa)** Sur le plan formel, le rapport d'expertise bidisciplinaire (rhumatologie et psychiatrie) du B. \_\_\_\_\_ du 8 mars 2022 (et son complément du 23 mai 2022) remplit toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document (cf. consid. 5e supra). Fruit d'examens approfondis du cas (des entretiens ont eu lieu en janvier 2022 avec un-e interprète professionnel-le), il repose sur des investigations fouillées. S'ouvrant dans chaque discipline par une anamnèse, le rapport décrit le contexte médical et asséurologique déterminant (sur la base de la prise en compte de l'ensemble du dossier mis à disposition des experts), prend en compte les plaintes de la recourante, relate le status, de même qu'il rend compte des observations effectuées en répondant par ailleurs de manière ciblée aux questions complémentaires de l'administration.

**bb)** Sur le plan matériel, les experts ont, au terme de leur examen, posé des diagnostics en référence à la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) et à la lumière des éléments cliniques constatés. Ils ont retenu les diagnostics incapacitants de status après épaule gelée droite post-radique en 2014, de tendinopathie de la coiffe des rotateurs et déchirure partielle du sus-épineux de l'épaule droite, avec conflit sous-acromial et bursite, selon le rapport d'expertise du Dr I. \_\_\_\_\_ du 27 avril 2015 et de cervico-brachialgies droites avec troubles dégénératifs au niveau C5, C6, et C7 à droite, selon le rapport de la Dre [...] et du Prof. [...] du 30 octobre 2019. Sans incidence sur la capacité de travail, ils ont posé les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), de fibromyalgie avec score de Wolfe à 28/31, de lombalgies sur dysbalance musculaire avec insuffisance de la sangle abdominale, de déconditionnement physique, d'ostéoporose et d'hypermobilité rotulienne des deux côtés.

L'expert psychiatre n'a retenu aucune atteinte durablement incapacitante.

De son côté, l'expert rhumatologue a estimé qu'il existait, au mois de décembre 2018, une péjoration de l'état de santé de la recourante avec des troubles dégénératifs en augmentation. Il a posé le diagnostic incapacitant de cervico-brachialgies droites avec troubles dégénératifs au niveau C5, C6 et C7 droite. Sur la base de son analyse des rapports médicaux au dossier, l'expert a estimé que la symptomatologie n'était pas suffisamment importante pour retenir un diagnostic jusqu'en décembre 2018 où la recourante a consulté pour ce motif. Depuis lors, il est admissible, à dire d'expert, que l'état clinique se soit péjoré, en raison d'une décompensation d'une atteinte antérieure, affection qui a d'ailleurs fait l'objet d'une prise en charge spécifique en anesthésiologie. Cette situation a engendré de nouvelles restrictions fonctionnelles propres au rachis.

**cc)** Le dossier ne contient aucun document médical qui remettrait en question les conclusions de cette expertise qui est probante.

**7.** La recourante fait pour l'essentiel valoir que compte tenu de son âge, elle n'est plus en mesure de travailler.

**a)** Selon la jurisprudence, l'âge de la personne assurée constitue de manière générale un facteur étranger à l'invalidité qui n'entre pas en considération pour l'octroi de prestations. S'il est vrai que ce facteur - comme celui du manque de formation ou les difficultés linguistiques - joue un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, il ne constitue pas, en règle générale, une circonstance supplémentaire qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, est susceptible d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'il rend parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C\_899/2015 du 4 mars

2016 consid. 4.3.1 ; arrêt I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, *in* VSI 1999 p. 246).

La jurisprudence a toutefois reconnu que lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (TF 8C\_150/2013 du 23 septembre 2013 consid. 3.2 ; ATF 138 V 457 consid. 3.1 et les références).

Le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (TF 9C\_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.1 ; ATF 138 V 457 consid. 3.3). Il est par ailleurs admis que le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé se situe autour de 60 ans, même si le Tribunal fédéral n'a pas fixé d'âge limite jusqu'à présent (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C\_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2). Lorsqu'il est établi que la personne assurée ne peut plus exploiter sa capacité de travail résiduelle sur le plan économique, il en résulte une invalidité totale, aussi pour la période antérieure à ce moment déterminant (ATF 138 V 457 consid. 3.4 ; TF 9C\_751/2013 du 6 mai 2014 consid. 4.5 ; voir TF 9C\_437/2008 cité consid. 4.3. et 4.4).

**b)** Au moment déterminant où les experts du B. \_\_\_\_\_ ont constaté que la recourante disposait d'une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (à ce sujet, cf. ATF 138 V 457 consid. 3.3 et 3.4), soit en mars 2022, la recourante, née en [...], était âgée de 59 ans et trois mois. Quoi qu'en dise l'assurée, elle disposait alors d'une durée d'activité de près de cinq années, ce qui n'excluait pas d'emblée le caractère exploitable de sa capacité résiduelle de travail (ATF 143 V 431 consid. 4.5.2).

Au regard des constatations des experts du B. \_\_\_\_\_ quant à la capacité de travail de la recourante (80 % dans une activité adaptée) et ses limitations fonctionnelles (alternance nécessaire des positions assise et debout, pas de port de charges de plus de deux kilos, pas d'activité avec le bras droit au-dessus de l'horizontal, pas d'activité demandant une sécurité augmentée sur des échafaudages, des échelles, ni d'activités demandant une posture non ergonomique qui surcharge le rachis dans sa totalité) – qui ne sont pas contestées par l'assurée –, il y a lieu d'admettre qu'il existait de réelles possibilités d'embauche sur le marché équilibré de l'emploi (à ce sujet, voir TF 9C\_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et les arrêts cités), notamment dans des activités simples 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 léger ou comme aide-administrative à des tâches simples (type réception, aide dans un service scannage/courrier).

**8.** La recourante conteste encore les éléments du calcul du taux d'invalidité.

**a)** Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGa).

**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. 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).

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).

**cc)** 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).

**b)** En l'occurrence, le revenu sans invalidité n'est, à juste titre, pas contesté.

La recourante remet par contre en cause le revenu avec invalidité de 41'557 fr. 72 retenu par l'OAI. Ce montant, fixé sur la base des données salariales de l'ESS 2018 pour des femmes exerçant des activités non qualifiées dans le domaine de la production et des services, n'est pas contestable. En réalité, la recourante soutient surtout que ses limitations fonctionnelles sont tellement étendues, qu'elles ne lui laissent aucun accès à une activité rémunérée.

Cette argumentation ne peut toutefois être suivie.

Les limitations fonctionnelles retenues sont pour rappel : « alternance nécessaire des positions assise et debout, pas de port de charges de plus de 2kg, pas d'activité avec le bras D au-dessus de l'horizontal, pas d'activité demandant une sécurité augmentée sur des échafaudages, des échelles, ni d'activités demandant une posture non ergonomique qui surcharge le rachis dans sa totalité ». On ne saurait y voir un frein à la reprise d'une activité adaptée. La Cour de céans peut dès lors se rallier au point de vue de l'OAI selon lequel le type d'activité qui pourrait être réalisé est 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, ainsi qu'ouvrière dans le conditionnement léger ou aide-administrative à des tâches simples.

**c)** La recourante conteste l'abattement de 5 % « au regard de son absence de formation, du nombre d'années qu'elle a passé[es] dans la même activité, éléments qui constituent des freins à l'embauche, de même que les atteintes psychiques et physiques qu'elle présente au niveau de l'épaule et du bras droit ainsi que du dos ».

Certes, dans l'arrêt du 22 février 2018 (CASSO AI 34/16 - 46/2018 consid. 6b), un abattement de 10 % avait été opéré sur le revenu avec invalidité. Cet abattement avait été motivé de la manière suivante : « En l'espèce, l'âge de la recourante, son absence de formation, et le nombre d'années qu'elle a passées dans la même activité sont susceptibles de constituer des freins à l'embauche, au même titre que les atteintes qu'elle présente au niveau de l'épaule droite. Au regard de ces circonstances, c'est ainsi un abattement de 10% qui aurait dû être opéré sur le revenu d'invalidité. »

Désormais, cependant, les atteintes somatiques ont été valablement prises en compte par la biais d'une réduction de rendement de 20 %, respectivement une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée aux atteintes rhumatologiques. L'OAI a par ailleurs tenu compte d'un abattement de 5 % en raison de l'âge, dont l'étendue ne prête pas le flanc à la critique.

Cela étant, même en retenant un abattement de 10 % en raison des limitations fonctionnelles de la recourante, le revenu annuel d'invalidité s'élèverait à 39'370 fr. 47. Après comparaison des revenus sans invalidité (62'603 fr.) et avec invalidité (39'370 fr. 47), il en résulterait une perte de gain de 23'232 fr. 53, correspondant à un degré d'invalidité de 37.11 % ( $[23'232 \text{ fr. } 53 / 62'603 \text{ fr.}] \times 100$ ), arrondi à 37 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

**9.** Dans un dernier moyen, et à titre subsidiaire, la recourante plaide que des mesures de réadaptation auraient dû lui être proposées.

**a)** Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021) dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital).

**b)** La recourante présente un degré d'invalidité supérieur à 20 %, de sorte qu'il convient en principe d'examiner son droit à des mesures de réadaptation.

En l'occurrence, la recourante a bénéficié d'une mesure d'orientation professionnelle auprès de la Fondation O.\_\_\_\_\_, du 17 juillet au 19 octobre 2018, dont l'objectif était de trouver une cible professionnelle, la valider par un stage et établir un dossier complet de candidature. Il a été constaté au cours de cette mesure que l'intéressée avait des difficultés à faire le deuil de son ancien métier et à se projeter dans une autre activité professionnelle, raison pour laquelle il lui avait été proposé de participer au module AER (module Accepter Et Reconstruire). Toutefois la recourante n'avait pas vraiment participé à la mesure : un questionnaire en ligne, dans sa langue maternelle, permettant de définir des domaines professionnels correspondant aux valeurs, intérêts et personnalité lui avait été proposé avec explication et démonstration d'utilisation de la souris, mais l'intéressée avait refusé de passer le questionnaire. La mesure avait été interrompue au 1<sup>er</sup> octobre 2018. La spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a relevé que la recourante n'avait suivi que cinq ans de scolarité et qu'elle n'écrivait pas en français. Il n'existait pas de formation susceptible de réduire le préjudice économique ; seule une formation pratique aurait pu être envisageable mais, si elle l'aurait aidée à accéder à un emploi, elle n'aurait pas permis à l'intéressée de réduire son préjudice économique.

Compte tenu du fait que la recourante ne se projetait pas dans la reprise du travail, l'OAI a renoncé à lui proposer une aide au placement. Toutefois si l'intéressée venait à entrer dans une démarche plus constructive alors sur demande écrite et motivée l'aide au placement pourrait lui être octroyée en temps voulu. S'agissant de la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel, on ne voit pas quelle autre mesure aurait pu être proposée à la recourante.

Au final, à côté d'une aide au placement ouverte, aucune mesure de réadaptation n'est à envisager dans le cas présent.

**10. a)** Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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

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

**d)** La recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me de Chedid peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 11 décembre 2023, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 800 fr. 20, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

**e)** La recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat 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).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 8 mars 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Bernard de Chedid, conseil de la recourante, est arrêtée à 800 fr. 20 (huit cents francs et vingt centimes), débours et TVA compris.

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

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Bernard de Chedid (pour V. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :