

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 28 avril 2025

---

Composition : M. WIEDLER, président  
Mme Berberat et M. Piguet, juges  
Greffière : Mme Jeanneret

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**T.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8, 16, 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28, 28a, 29 LAI ; 88a al. 1  
RAI**

**E n f a i t :**

**A.** T.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], divorcée, mère de deux enfants nés en [...] et [...], titulaire d'un CFC d'aide en pharmacie, a travaillé dès le 3 janvier 2000 pour [...]. Licenciée pour le 31 octobre 2003 en raison d'une restructuration de l'entreprise, l'assurée s'est inscrite au chômage.

Le 13 juillet 2005, l'assurée a subi une fracture de l'humérus droit au cours d'un accident de la circulation routière. En arrêt de travail depuis lors, elle a subi une ostéosynthèse par clou centromédullaire le 21 juillet 2005, puis une ablation partielle du matériel d'ostéosynthèse le 15 mai 2006 (cf. certificat médical établi le 18 septembre 2006 par la Dre [...], spécialiste en médecine interne générale). La Caisse nationale d'assurance en cas d'accidents (CNA) a pris en charge le cas et alloué des prestations, puis le Centre social régional (CSR) de [...] a versé le revenu d'insertion dès juillet 2006.

A l'initiative du CSR, l'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 27 avril 2007, en mentionnant une atteinte au bras droit existant depuis le 13 juillet 2005. Instruisant cette demande, l'OAI s'est fait remettre une copie du dossier de la CNA, lequel contenait en particulier les pièces médicales suivantes :

- Un rapport médical du Service [...] du Centre hospitalier B.\_\_\_\_\_, exposant que la patiente présentait un syndrome douloureux régional complexe de tout le membre supérieur droit et qu'elle risquait de ne pas retrouver une mobilité complète.
- Un rapport du 1<sup>er</sup> mai 2006 de la Clinique J.\_\_\_\_\_, où l'assurée a séjourné du 8 mars au 12 avril 2006, posant les diagnostics de fracture de l'humérus droit compliquée par une neuropathie radiale droite régressive, une algoneurodystrophie du membre supérieur droit et une pseudarthrose hypertrophique de l'humérus. Les

examens avaient montré que la fracture n'était pas consolidée et qu'une nouvelle intervention chirurgicale était nécessaire. Le rapport comprenait un consilium de psychiatrie du 14 mars 2006, dans lequel le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, écartait l'hypothèse d'un état de stress post-traumatique mais relevait des éléments dépressifs ou anxieux significatifs pour lesquels il recommandait une médication voire un coaching, étant précisé qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail sur le plan strictement psychiatrique.

- Un rapport du 27 février 2007 de la Clinique J.\_\_\_\_\_, où l'assurée a séjourné à nouveau du 3 au 26 janvier 2007. Au diagnostic posé en mars 2006 s'ajoutait une probable déchirure partielle du sus-scapulaire et du supra-épineux droit avec bursite sous-acromiale. Sur le plan orthopédique, la fracture était bien consolidée et le matériel d'ostéosynthèse bien en place. Un consilium de psychiatrie du 8 janvier 2007 était joint, au terme duquel le Dr X.\_\_\_\_\_ posait le diagnostic de trouble dépressif majeur, degré léger, dans un contexte de difficultés conjugales (divorce avec conflit sur l'entretien et la garde des enfants) et d'une extension du tableau douloureux.

Dans un rapport de consultation du 23 mai 2007, le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que la patiente se plaignait de douleurs intenses et invalidantes de l'ensemble du membre supérieur droit. Objectivement, il existait une discrète tendinopathie de la coiffe des rotateurs. La fracture humérale était consolidée et il n'y avait pas d'évidence de pathologie dégénérative secondaire au niveau gléno-huméral ou du coude, de sorte qu'il n'y avait pas d'explication orthopédique claire aux plaintes exprimées par la patiente.

L'assurée a été adressée pour avis au Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie. Dans son rapport du 29 août 2007, ce spécialiste a conclu à l'absence d'atteinte neurologique et préconisé une prise en charge de type psychothérapeutique.

Le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, a procédé à un examen médical final le 17 octobre 2007. Il a constaté que l'assurée se plaignait toujours de douleurs mais qu'elle se servait nettement mieux de son membre supérieur droit qu'auparavant et qu'elle paraissait plus sereine. Du point de vue somatique, rien ne s'opposait à la reprise d'une activité légère, sans port de charges de plus de 5 kg et ne sollicitant pas de manière trop soutenue et répétitive le membre supérieur droit.

Le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a procédé à un examen clinique psychiatrique le 4 mars 2008 et posé le diagnostic - sans répercussion sur la capacité de travail - de dysthymie (F34.1).

Par décision du 2 juin 2008, la CNA a octroyé à l'assurée une rente d'invalidité correspondant à une incapacité de gain de 16 % dès le 1<sup>er</sup> juillet 2008, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 %.

Après avoir fait réaliser un rapport d'enquête économique sur le ménage le 26 août 2008 concluant en particulier à un statut mixte avec une part consacrée à l'activité lucrative de 80 % et une part consacrée aux travaux habituels de 20 %, l'OAI a rendu le 31 août 2009 une décision octroyant à l'assurée une rente entière d'invalidité et des rentes pour enfants pour la période du 1<sup>er</sup> juillet 2006 au 31 janvier 2008.

**B.** L'assurée a déposé une nouvelle demande auprès de l'OAI le 26 octobre 2010, en mentionnant des douleurs du membre supérieur droit et une fibromyalgie. Elle a ensuite produit un rapport établi le 1<sup>er</sup> février 2011 par la Dre [...], posant les diagnostics principaux de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère, difficultés liées à la situation familiale, fibromyalgie et status post accident de la voie publique à haute énergie avec fracture de l'humérus droit. Elle évaluait l'incapacité de travail à 100 % dès octobre 2010.

La Dre C.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a rempli un questionnaire médical de l'OAI le 25 juillet 2011. Précisant suivre l'assurée depuis le 24 janvier 2011, elle a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique, en rémission partielle. L'état psychique avait entraîné une incapacité de travail totale jusqu'en mars 2011. L'amélioration permettait une reprise du travail, ce qui paraissait toutefois peu probable en raison des plaintes douloureuses enkystées depuis de nombreuses années. La psychiatre traitante a joint un rapport de la psychologue W.\_\_\_\_\_ du 9 juin 2011.

Suivant les avis rendus les 2 septembre 2011 et 9 mars 2012 par le SMR, qui considérait qu'il n'y avait pas eu d'incapacité de travail durable et que la situation était restée similaire depuis l'examen SMR du 16 avril 2008, l'OAI a rendu le 30 mars 2012 une décision de refus de rente et de mesures professionnelles.

**C.** Le 7 février 2018, l'assurée a déposé une nouvelle demande auprès de l'OAI. Elle a fait état d'une incapacité de travail totale du 13 juillet 2005 au 3 décembre 2014, ainsi que d'une incapacité de travail de 50 % dès le 15 janvier 2018 puis de 100 % après deux semaines. Elle travaillait en tant qu'assistante en pharmacie depuis le 2 janvier 2015 au taux d'activité de 80 %, mais les douleurs subsistant depuis son accident de juillet 2005 étaient insupportables malgré la médication et avaient entraîné une importante fatigue physique et psychique ainsi qu'une dépression. L'assurée a ensuite produit les pièces médicales suivantes :

- Un rapport de consultation du 13 février 2018 de la Dre S.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, exposant que le contexte douloureux rachidien s'insérait dans un tableau fibromyalgique connu. Des troubles de la statique étaient en grande partie à l'origine du phénomène douloureux, à savoir une scoliose thoraco-lombaire et une très nette tendance lordotique lombaire. Le contexte algique ne permettait pas la reprise de l'activité professionnelle.

- Un rapport médical établi le 1<sup>er</sup> mars 2018 par la Dre Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale. Précisant qu'elle suivait l'assurée depuis décembre 2017, elle a posé les diagnostics de rachialgies sur scoliose thoraco-lombaire, de fibromyalgie, de status post-enclouage centro-médullaire pour fracture diaphysaire de l'humérus droit en juillet 2005, de status après greffe et ostéosynthèse d'une pseudarthrose de l'humérus droit en 2006, d'état dépressif réactionnel à l'accident de 2005 devenu chronique, épisode actuel sévère, et de lésions du sus-épineux et tendinopathie d'insertion sous-scapulaire. Elle avait délivré un arrêt de travail de 50 % dès le 15 janvier 2018 en raison de douleurs intenses sous forme de décharges électriques dans l'ensemble du membre supérieur droit, ainsi que de sciatalgies droites et de douleurs de l'ensemble du rachis. L'intéressée avait consulté les urgences psychiatriques le 22 janvier 2018 en raison d'une exacerbation de son état dépressif et était depuis lors en incapacité de travail totale.

L'OAI a versé au dossier un extrait du compte individuel AVS de l'assurée le 30 mai 2018. L'assurée a remis le formulaire de détermination du statut le même jour en indiquant que, sans l'atteinte à la santé, elle travaillerait à 100 % depuis 2005 par nécessité financière.

Répondant le 4 juin 2018 à un questionnaire médical de l'OAI, la Dre S.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de cervico-brachialgies droites en précisant que les radiographies et l'IRM (imagerie par résonance magnétique) de la colonne cervicale du 8 mai 2018 confirmaient des lésions arthrosiques modérées en C3-C4-C5-C6. Elle ne s'est pas prononcée sur la capacité de travail et a joint ses rapports de consultation des 11 avril 2018 et 15 mai 2018, dans lesquels elle préconisait des auto-exercices doux dès lors que la patiente avait des réactions douloureuses en physiothérapie, ainsi que les rapports d'imagerie du 9 mai 2018.

[...] a rendu le questionnaire pour l'employeur le 5 juin 2018, en indiquant que le contrat de travail avait été résilié pour le 30 juin 2018.

Le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la Dre [...], médecin assistante, ont répondu le 8 août 2018 à un questionnaire médical de l'OAI. Précisant avoir repris le suivi de l'assurée en juin 2018 après une prise en charge par les urgences psychiatriques, ils ont posé le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée, avec traits de personnalité histrionique. La capacité de travail était alors nulle. Un traitement psychiatrique intégré soutenu était en cours.

La Dre C.\_\_\_\_\_ a également rempli un questionnaire médical de l'OAI le 25 septembre 2018. Posant le diagnostic de majoration des symptômes pour des raisons psychologiques (F68.0) et le diagnostic différentiel de production intentionnelle ou simulation de symptômes ou d'incapacité, soit physique soit psychologique (trouble factice, F68.1), elle a relaté que, durant le suivi entre 2011 et 2013, resté sporadique, la patiente présentait un contraste flagrant entre son discours verbalisant des cognitions dépressogènes et son allure très soignée, puis qu'elle avait modifié son apparence lorsque cet élément avait été signalé à sa médecin généraliste. L'assurée avait repris contact en 2018 en évoquant un conflit avec son employeur et avait renoncé à un suivi face au refus de renouveler son arrêt de travail. A cette même époque, alors que la médecin généraliste l'avait informée d'une recrudescence des douleurs qui empêchait un traitement de physiothérapie, elle avait croisé l'assurée dans un centre commercial, marchant sans difficulté et chargeant deux grands sacs de courses dans sa voiture en utilisant simultanément ses deux mains.

Suivant l'avis médical SMR du 27 novembre 2018, l'OAI a mis en œuvre un examen bi-disciplinaire en rhumatologie et psychiatrie auprès du SMR. Les Drs V.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et P.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont reçu l'assurée le 12 août 2019. Dans leur rapport du 19 août 2019, les deux spécialistes ont posé le diagnostic principal avec répercussion durable sur la capacité de travail de rachialgies sur troubles statiques modérés du rachis dorsolombaire et troubles dégénératifs discrets à modérés du rachis, ainsi

que le diagnostic associé de conflit sous-acromial droit avec lésions de la coiffe des rotateurs dans le cadre d'un status après enclouage centromédullaire pour fracture diaphysaire de l'humérus droit avec parésie du nerf radial, après algoneurodystrophie du membre supérieur droit et status après greffe et ostéosynthèse d'une pseudarthrose de l'humérus droit. Ils ont par ailleurs signalé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de fibromyalgie et de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée en rémission (F43.21). Les limitations fonctionnelles, d'ordre rhumatologique uniquement, concernaient le rachis (nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement ou de port régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc) et le membre supérieur droit (pas d'élévation ou d'abduction de l'épaule droite à plus de 70°, pas de lever de charges de plus de 5 kg avec le membre supérieur droit, l'assurée étant droitière). La capacité de travail était durablement nulle dans l'activité habituelle depuis le 31 janvier 2018, mais une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée était exigible depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2019.

L'assurée a été convoquée le 11 octobre 2019 par le Service de réadaptation de l'OAI pour un entretien qui a débouché sur la mise en place de mesures avec l'octroi d'un reclassement professionnel auprès de la Fondation [...] du 2 décembre 2019 au 1<sup>er</sup> mars 2020 (cf. communication du 13 décembre 2019) et de la prise en charge des coûts d'une formation par la pratique et l'acquisition d'expérience professionnelle avec un taux de présence de 80 % du 20 janvier au 9 février 2020 puis de 50 % dès le 10 février 2020, prolongé jusqu'au 30 septembre 2020 (cf. communications des 10 février, 1<sup>er</sup> avril et 2 juin 2020). La mesure a débouché sur l'engagement de l'assurée par l'entreprise où elle effectuait un stage d'assistante administrative, au bénéfice d'un contrat de durée indéterminée au taux d'activité de 50 % dès le 1<sup>er</sup> octobre 2020. L'OAI a encore pris en charge les frais supplémentaires liés à l'adaptation du poste de travail avec un ameublement ergonomique (cf. communications des 3 et 8 juin 2021).

Entretemps, une nouvelle évaluation économique sur le ménage a été établie le 14 janvier 2020, au domicile de l'assurée. Confirmant le statut mixte avec 80 % pour la part active et 20 % pour la part ménagère, l'évaluatrice a conclu à un taux d'empêchement dans la part ménagère de 2,7 %.

Dans un rapport du 5 février 2020, la Dre Q.\_\_\_\_\_ a transmis un rapport d'IRM du genou droit du 22 novembre 2019 et un rapport de consultation du Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du 6 janvier 2020, exposant qu'il n'y avait pas d'indication chirurgicale pour les gonalgies droites de la patiente, qui étaient d'origines multifactorielles.

Réinterrogée par l'OAI, la Dre Q.\_\_\_\_\_ a indiqué le 18 juin 2020 que sa patiente rapportait une augmentation importante des douleurs lorsqu'elle travaillait une journée entière et qu'elle avait besoin de pouvoir se reposer après une demi-journée de travail, de sorte que sa capacité de travail était limitée à 50 % dans l'activité d'employée de commerce qu'elle exerçait. Les limitations fonctionnelles étaient l'apparition de contractures musculaires et de douleurs dorsales avec rigidification du dos, des douleurs à la nuque et à l'épaule droite et des gonalgies importantes lors des changements de position.

Répondant aux questions de l'OAI le 6 juillet 2020, les Drs M.\_\_\_\_\_ et [...], médecin assistante, ont exposé que leur patiente évoquait une impossibilité de travailler à plus de 50 %, après avoir essayé à 80 % en fin d'année 2019 et trouvé ses limites. L'assurée connaissait une amélioration progressive de son état psychique, mais il persistait des fluctuations thymiques en lien avec la péjoration des douleurs. Elle continuait à bénéficier d'un suivi psychiatrique intégré. Les limitations fonctionnelles étaient plutôt dues aux pathologies somatiques, mais celles-ci pouvaient péjorer son état psychique et inversement.

Recontactée par l'OAI, la Dre Q.\_\_\_\_\_ a établi un rapport le 16 septembre 2020. Après avoir exposé le status des genoux de sa

patiente, elle a relaté que celle-ci décrivait des douleurs constantes au niveau des deux genoux. Les montées et descentes d'étages étaient douloureuses, le périmètre de marche restreint et les changements de position nécessaires toutes les 20 à 30 minutes. La capacité de travail était alors de 50 % sans augmentation possible en raison des douleurs des genoux, du rachis dorsal et de la nuque, pour disposer une demi-journée de repos après une demi-journée de travail.

L'assurée a consulté l'Consultation G. \_\_\_\_\_ en octobre 2020. Dans leur rapport du 26 octobre 2020, les Drs [...] et [...], spécialistes en anesthésiologie, ont exposé que la patiente présentait des douleurs neuropathiques semblant correspondre à un syndrome douloureux régional complexe de type II de longue date au niveau de son membre supérieur droit et ont émis des propositions thérapeutiques. S'agissant des gonalgies, ils préconisaient une prise en charge infiltrative.

Interrogé par l'OAI, le Dr D. \_\_\_\_\_ a écrit le 10 décembre 2020 que la capacité de travail de l'assurée était de l'ordre de 50 à 100 % en fonction de l'aménagement de la place de travail. Les limitations fonctionnelles étaient la position statique prolongée tant assise que debout, la genuflexion, l'accroupissement, la position prolongée sur les genoux, le déplacement sur échelles et échafaudages, le déplacement répétitif dans les escaliers, ainsi que le port de charges lourdes au-delà de 15 kg. L'activité devait être de type sédentaire à semi-sédentaire.

En réponse à un nouveau questionnaire de l'OAI, la Dre Q. \_\_\_\_\_ a indiqué le 16 juin 2021 que la situation était stable. La patiente rapportait que son taux d'activité de 50 % était « juste supportable », avec une recrudescence des douleurs à partir du milieu de semaine, et qu'il y avait une péjoration au niveau de l'épaule gauche et de la nuque. L'activité actuelle paraissait adaptée à l'état de santé et il semblait illusoire de vouloir augmenter le taux d'activité. Le suivi de la douleur se poursuivait avec des infiltrations régulières.

Le 28 octobre 2021, la Dre Q.\_\_\_\_\_ a indiqué que sa patiente exprimait toujours les mêmes douleurs, malgré le bénéfice apporté par l'adaptation de sa place de travail en septembre. L'intéressée ne souhaitait pas reprendre des séances de physiothérapie, qui occasionnaient une augmentation des douleurs.

Le 17 décembre 2021, le secrétariat du Dr M.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée n'était plus suivie depuis le 3 novembre 2020.

Le 9 février 2022, l'OAI a établi un calcul du salaire exigible, sur la base d'une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée, aboutissant à un préjudice économique de 32,21 %. Le rapport final de réadaptation du même jour s'alignait sur les conclusions du SMR pour considérer que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle mais de 80 % dans une activité adaptée, telle que celle exercée actuellement par l'assurée, et relevait qu'une comparaison des revenus tenant compte du salaire actuel, à 80 %, comme revenu avec invalidité montrait un préjudice économique moins élevé.

Le 6 avril 2022, l'OAI a notifié un projet de décision prévoyant l'octroi à l'assurée d'une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> janvier au 30 septembre 2019. Il était constaté que, dès le 1<sup>er</sup> juillet 2019, une capacité de travail de 80 % était reconnue dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'ordre rhumatologique. Dès cette date, le degré d'invalidité était de 26 %. A l'issue des mesures professionnelles, le degré d'invalidité s'élevait à 23 %.

Dans un courriel du 8 avril 2022, l'assurée a fait part d'une dégradation de son état général, qui rendait difficile le maintien de son emploi à 50 %. Elle a ensuite déposé des objections au projet de décision le 18 mai 2022, concluant à l'octroi d'une rente de 50 %, et a produit une convocation à un examen polysomnographique, divers rapports d'imageries dont un rapport d'échographie des deux épaules du 3 mai 2022, ainsi qu'un rapport de consultation de la Dre S.\_\_\_\_\_ du 3 mai 2022. Relevant qu'elle n'avait plus revu la patiente entre 2018 et 2022,

cette dernière constatait, d'une part, l'existence d'un contexte douloureux rachidien cervical, membres supérieurs et épaule avec une limitation importante à droite, avec une symptomatologie algique à nouveau très aiguë, voire insomnante, des deux côtés. D'autre part, au niveau du rachis thoraco-lombaire et des membres inférieurs, elle constatait une faiblesse musculaire majeure limitant considérablement les possibilités de transfert et une fatigabilité importante. Elle préconisait de procéder à des examens complémentaires, diverses modifications dans la médication ainsi que l'organisation d'une prise en charge pluridisciplinaire au Centre hospitalier B.\_\_\_\_\_.

Dans un rapport du 23 juin 2022, la Dre Q.\_\_\_\_\_ a indiqué que des investigations étaient en cours auprès d'un pneumologue pour un syndrome d'apnées du sommeil, que le suivi psychiatrique avait été repris et qu'un avis avait été sollicité auprès du Prof. A.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, en vue d'une éventuelle orientation vers une unité multimodale de la douleur. En l'état, la capacité de travail ne dépassait pas 50 %. Elle a joint en particulier un rapport de consultation établi le 5 mai 2022 par le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en pneumologie.

Le 1<sup>er</sup> juillet 2022, la Dre S.\_\_\_\_\_ a attesté que l'assurée présentait toujours une souffrance cervico-brachiale droite rebelle, des scapulalgies gauches avec un réveil douloureux malgré des infiltrations en mai 2022, un contexte rachialgique global et diffus et un contexte gonalgique sans critère de gravité.

L'assurée a effectué un séjour hospitalier multimodal au Service [...] du Centre hospitalier B.\_\_\_\_\_ du 16 au 27 janvier 2023. La prise en charge a inclus une évaluation psychiatrique, au terme de laquelle le Dr F.\_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint, a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11), ainsi qu'un pronostic réservé quant à l'évolution clinique et à la reprise du travail chez une patiente ayant peu de ressources (cf. rapport du 25 janvier 2023). Un rapport de sortie a en outre été établi le 28 février 2023 par le Prof. A.\_\_\_\_\_ et le Dr [...], médecin

assistant, décrivant les examens et constats médicaux faits durant le séjour, émettant diverses propositions thérapeutiques et mentionnant les diagnostics ainsi que l'évaluation de la capacité de travail suivants :

« Diagnostics retenus :

Syndrome douloureux chronique après AVP 2005 avec :

- Fracture humérus, parésie n. radial suivie par algoneurodystrophie [membre supérieur droit].
- 15.06.2006 traitement pseudarthrose de l'humérus par dynamisation du clou T2 avec décortication, greffe et ostéosynthèse
- Lésion du sus-épineux et tendinopathie du sous-scapulaire (IRM 30.0.2007)
- Douleurs cervicales, épaules, ceinture scapulaire et bras à droite depuis l'accident

Gonalgies [des deux côtés] avec :

- Chondropathie fémur-tibial grade II ; insertionite proximal du tendon rotulien ; Pellegrine Siteda

Cervicarthrose modérée avec pincement foraminaux C3 à 6

Lombalgies mécaniques depuis la première grossesse

- Scoliose

[Syndrome d'apnée obstructive du sommeil] appareillé

Fibromyalgie sur les diagnostics ci-dessus et post-ménopause

- Widespread pain index (WPI) à 09 ; symptom severity scale (SSS) à 07 ; polysymptomatic distress scale (PDS) à 15, FiRST à 6/6

État dépressif.

(...)

Consensus de capacité de travail :

La patiente est limitée physiquement par les omalgies, cervicalgies, nucalgies, gonalgies et brachialgies associées aux diagnostics décrits ci-dessus. Les douleurs sont amplifiées par les efforts prolongés, station début ou assise prolongées et port de poids. La patiente a clairement exprimé son désir de continuer à travailler au taux actuel de 50 %, malgré ses limites physiques, ce à quoi nous sommes d'accord, à condition que le travail soit adapté à ces limitations. »

Dans un rapport du 24 avril 2023, les Drs M. \_\_\_\_\_ et [...], médecin assistante, ont indiqué que l'assurée avait repris un suivi de soutien en mai 2022, à fréquence d'une séance toutes les trois semaines. Ils retenaient un trouble dépressif récurrent et une altération du fonctionnement de personnalité avec des traits narcissiques et une tendance à la projection et à la victimisation. Le maintien de l'activité professionnelle était difficile, mais la patiente tenait à conserver son emploi, qui la valorisait et contribuait à sa stabilité psychique. Une augmentation du taux d'activité n'était pas envisageable.

Répondant le 15 juin 2023 à une question complémentaire de l'OAI, le Prof. A. \_\_\_\_\_ et le Dr [...] ont indiqué que la capacité de travail au taux de 50 % tenait compte du souhait de la recourante de conserver son emploi, des difficultés et souffrances, ainsi que du temps à consacrer aux thérapies prescrites. Un taux de travail de 80 % ne permettrait pas à la patiente de progresser dans les thérapies proposées.

Le 23 août 2023, les Drs M. \_\_\_\_\_ et [...], médecin assistant, ont déposé un nouveau rapport. Confirmant les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et de traits de la personnalité et de style d'adaptation affectant des troubles ou des maladies classées ailleurs (CIM-11, 6E40.2), ils ont conclu que la capacité de travail était de 50 % depuis mai 2022.

Le 29 septembre 2023, la Dre Q. \_\_\_\_\_ a transmis un rapport d'IRM de la colonne cervicale du 31 août 2023, en précisant que cet examen avait été effectué en raison d'une péjoration de paresthésies au niveau du membre supérieur droit avec sensations de décharges électriques. Elle a remis ultérieurement un rapport d'examen neurologique établi le 26 septembre 2023 par le Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, lequel constatait l'absence de conflit radiculaire visible sur la dernière IRM et concluait qu'il ne pouvait « cristalliser une explication neurologique spécifique aux plaintes douloureuses formulées par la patiente au membre supérieur droit ».

Suivant l'avis émis le 4 août 2023 par le SMR, l'OAI a mis en œuvre une expertise bi-disciplinaire portant sur la psychiatrie et la médecine physique et de réhabilitation auprès du centre d'expertise Centre d'expertise U. \_\_\_\_\_. Les Drs O. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et E. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont déposé leur rapport d'évaluation consensuelle le 23 novembre 2023. Les experts ont retenu les diagnostics suivants :

« Sur le plan physique,

- Status post-fracture diaphysaire humérale droite avec persistance de limitation de la mobilité de l'épaule en flexion, abduction, rotation latérale, suspicion de bursite sous acromiale.
- Cervicalgies chroniques sans lésion structurale significative
- Rachialgies dorsales et lombaires dans un contexte de trouble postural de double courbure scoliotique hypercyphose dorsale, hyperlordose lombaire.
- Gonalgies droites en relation avec des lésions dégénératives modérées fémoropatellaires.
- Fibromyalgie.

Sur le plan psychique,

- Privation de relation affective pendant l'enfance et l'adolescence (Z61.0).
- Difficultés liées à de possibles sévices physiques infligés à une enfant jusqu'à l'adolescente (Z61.6).
- Autre événement difficile ayant une incidence sur la famille (agression physique par sa belle-mère : 1996 ; alors qu'elle était enceinte de sa fille) (Z63.7).
- Troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2).
- Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). »

Les experts évaluaient la capacité de travail à 100 % avec une baisse de rendement de 20 % en raison du temps nécessaire à la gestion des douleurs, depuis juillet 2019, dans une activité d'aide en pharmacie ou d'aide administrative respectant les limitations fonctionnelles. Exclusivement d'ordre somatique, celles-ci étaient décrites comme suit : pas de travail avec élévation du membre supérieur droit au-delà de l'horizontale, pas de port de charge répété avec le membre supérieur droit de plus de 2 kg, pas de travail répété accroupi et à genoux, pas de montée et de descente répétée d'escaliers, pas de port de charge avec le membre supérieur gauche en rectitude du tronc de plus de 5 kg, pas de travail répété en hyperflexion du tronc. Etaient joints au rapport d'évaluation consensuelle, les pièces médicales obtenues directement par les experts et les rapports d'expertises spécialisées.

Prenant connaissance du rapport d'expertise, le SMR s'y est rallié dans un avis du 8 décembre 2023.

Dans un courrier du 11 janvier 2024 devant faire partie intégrante de la décision à rendre, l'OAI a constaté que le rapport d'expertise confirmait les conclusions précédentes, de sorte que le projet de décision du 6 avril 2022 était maintenu.

Par décision du 7 mars 2024, reprenant la motivation du projet, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> janvier au 30 septembre 2019.

**D.** T.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 18 avril 2024, concluant implicitement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente de 50 ou 60 % dès le 1<sup>er</sup> octobre 2019. Elle a fait valoir en substance qu'elle ne pouvait pas travailler à plus de 40 à 50 % en raison de ses douleurs, ce qui était attesté par les médecins qui l'avaient évaluée lors de son séjour au Centre hospitalier B.\_\_\_\_\_.

Répondant le 5 juin 2024, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision en se référant au rapport d'expertise du Centre d'expertise U.\_\_\_\_\_ du 23 novembre 2023 et aux conclusions du SMR du 8 décembre 2024.

Par courriel du 25 juin 2024, l'assurée a transmis un rapport du Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, en précisant qu'il avait refusé de faire des images debout. Elle exposait que ses plaintes douloureuses n'étaient pas entendues, en l'occurrence des douleurs violentes et paralysantes au centre du dos et au niveau des cervicales qui la tétanisaient et l'empêchaient de respirer. Dans ledit rapport, daté du 13 juin 2024, le Dr H.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de fibromyalgie et indiqué qu'il n'avait pas d'examen supplémentaire à suggérer pour le moment et ne proposait pas d'infiltration supplémentaire ni de traitement antalgique, qui n'étaient pas utiles pour une fibromyalgie, tandis que la patiente ne souhaitait pas de nouvelle prescription de physiothérapie et bénéficiait d'une prise en charge psychiatrique.

Se déterminant le 9 juillet 2024, l'intimé a renvoyé à sa réponse du 5 juin 2024, dès lors que la nouvelle pièce n'amenait pas de remarque particulière.

## **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 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 recourante à des prestations de l'assurance-invalidité dès le 1<sup>er</sup> octobre 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'occurrence, bien que la décision litigieuse ait été rendue en 2024, elle fait suite à une demande de prestations déposée en février 2018 concernant une atteinte à la santé durable ayant débuté en janvier 2018, de sorte que le droit au versement de la rente temporaire reconnu par la décision attaquée a débuté en janvier 2019 (art. 29 LAI). Le droit à une rente est ainsi régi par les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, auxquelles il sera fait référence dans le cadre du présent arrêt.

**4. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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).

**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.

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).

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

**aa)** Pour un assuré qui exerçait une activité lucrative à plein temps avant d'être atteint dans sa santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution de ses possibilités de gain, 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. C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

**bb)** Pour un assuré qui n'exerçait pas d'activité lucrative avant d'être atteint dans sa santé et dont il ne peut être exigé qu'il en exerce une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure il est empêché d'accomplir ses travaux habituels ; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (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.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n° 52 ad art. 16 LPGA).

**cc)** Pour un assuré qui n'exerçait que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de 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. S'il se consacrait en outre à ses travaux habituels au sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question (ATF 137 V 334 consid. 3.1.3 et les références citées). 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 27<sup>bis</sup> al. 2 à 4 RAI [dans leur teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

**dd)** En dépit des termes utilisés aux art. 28a al. 2 s. LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021) et 8 al. 3 LPGA, le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si la personne assurée exerçait ou non une activité lucrative avant l'atteinte à la santé ni si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de sa part. Il s'agit plutôt de déterminer si cette personne exercerait une telle activité, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (ATF 144 I 28 consid. 2.3 ; 133 V 504 consid. 3.3 ; 125 V 146 consid. 2c).

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

**5. a)** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les

références ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

Cela étant, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb ; cf. également ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré 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\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; 9C\_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

**c)** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références ; TF 8C\_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C\_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2).

**d)** Une enquête économique sur le ménage effectuée au domicile de la personne assurée (art. 69 al. 2 RAI) constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées

sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 140 V 543 consid. 3.2.1 ; 130 V 61 consid. 6 et les références ; TF 9C\_235/2024 du 30 juillet 2024 consid. 5.2 et les références).

S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans l'accomplissement des travaux habituels (art. 27 al. 1 RAI) ou les actes ordinaires de la vie (art. 37 RAI) dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), on admet que si la personne assurée n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, elle doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 141 V 642 consid. 4.3.2 ; ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références ; TF 9C\_248/2022 du 25 avril 2023 consid 5.3.1).

**6. a)** En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations du 7 février 2018 et a mis en œuvre diverses mesures d'instruction sur le plan médical, ainsi que des mesures professionnelles. Celles-ci ont abouti sur l'engagement de la recourante dans un emploi d'assistante administrative au taux d'activité de 50 %. L'intéressée ayant maintenu, avec le soutien de ses médecins traitants, qu'elle ne pouvait augmenter ce taux quand bien même une capacité de travail de 80 % dans une activité de ce type avait été retenue par les médecins du SMR au terme d'un examen bi-disciplinaire, l'intimé a mandaté le centre d'expertise Centre d'expertise U.\_\_\_\_\_ pour procéder à une expertise. Se fondant sur le rapport d'expertise établi le 23 novembre 2023, auquel le SMR s'est rallié, il a retenu que la recourante présentait une incapacité de travail et de gain dans toute activité dès janvier 2018, puis qu'elle avait recouvré dès le 1<sup>er</sup> juillet 2019 une capacité de travail de 100 % avec une baisse de rendement de 20 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles telle que celle d'assistante administrative exercée. L'intimé a par ailleurs considéré que la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité était applicable, avec une

part de 80 % pour l'activité professionnelle et une part de 20 % pour les travaux habituels, et que, dans cette dernière, le taux d'empêchement était de 2,7 %.

**b)** S'agissant de l'application de la méthode mixte, il convient de relever que la recourante a indiqué, dans le formulaire de détermination du statut rempli le 30 mai 2018, qu'en bonne santé elle travaillerait à 100% par nécessité financière. Le rapport d'enquête ménagère mentionne toutefois que la recourante a toujours travaillé à 80 % et qu'en bonne santé, elle aurait continué à travailler à ce taux pour pouvoir consacrer du temps à ses animaux. Cette dernière appréciation n'est pas contestée devant la Cour de céans, étant relevé qu'elle correspond à ce qui avait été retenu dans la première décision de l'intimé. Partant, il convient de reconnaître une pleine valeur probante à ce dernier et de retenir un taux d'empêchement de 2,7 %.

**c)** Pour la part active, il convient de constater que l'expertise bi-disciplinaire du Centre d'expertise U. \_\_\_\_\_ sur laquelle l'intimé s'est fondé remplit l'ensemble des réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder une pleine valeur probante. En effet, pour poser leurs conclusions, les experts ont eu accès à l'ensemble des pièces versées au dossier de la cause (cf. ch. 2 de chaque expertise spécialisée), parmi lesquelles figuraient en particulier les rapports des médecins traitants et des autres spécialistes consultés par la recourante depuis 2005. Les experts ont chacun examiné l'intéressée et ont sollicité des investigations supplémentaires, notamment un monitoring médicamenteux et des radiographies. Les deux rapports spécialisés comprennent, d'une part, le compte-rendu de l'entretien de l'expert avec la recourante, incluant ses déclarations spontanées, des anamnèses familiale, sociale, scolaire et professionnelle, les antécédents médicaux ainsi qu'une description de sa journée-type (ch. 3 des expertises spécialisées) et, d'autre part, les constatations de l'expert (ch. 4 des expertises spécialisées), une évaluation médicale comprenant un résumé de l'évolution, une évaluation de la cohérence et de la plausibilité, ainsi que les diagnostics retenus (ch. 6 des expertises spécialisées), une évaluation médicale et médico-

assurantielle (ch. 7 des expertises spécialisées) et les réponses motivées de l'expert aux questions soumises par l'intimé (ch. 8 des expertises spécialisées). L'évaluation consensuelle propose une synthèse étayée de la situation médicale de la recourante, établie après une conférence consensuelle qui s'est tenue le 20 novembre 2023 (cf. ch. 5 de l'évaluation consensuelle). Les experts ont ainsi retenu une incapacité de travail totale pour des motifs psychiatriques du 31 janvier 2018 au 1<sup>er</sup> juillet 2019 et, dès cette date, une capacité de travail de 80 % pour des motifs somatiques uniquement.

La recourante conteste l'évaluation de la capacité de travail faite par les experts en se prévalant principalement des rapports établis à l'issue de son hospitalisation dans le service du Prof. A. \_\_\_\_\_ en janvier 2023. Elle a en outre produit un rapport établi le 13 juin 2024 par le Dr H. \_\_\_\_\_.

**aa)** Du point de vue psychique, l'hospitalisation de janvier 2023 a inclus un bilan psychiatrique, au terme duquel le Dr F. \_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F 33.11). Il n'a cependant pas mentionné d'incapacité de travail en lien avec ce diagnostic et s'est limité à poser un pronostic réservé quant à l'évolution clinique et la reprise du travail, au motif que la recourante disposait de peu de ressources. Il n'a cependant pas proposé d'analyse des ressources et difficultés de sa patiente. Les rapports des psychiatres traitants souffrent des mêmes lacunes. Leurs rapports des 24 avril et 23 août 2023 concluaient également à un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, auquel s'ajoutaient une altération du fonctionnement de la personnalité avec des traits narcissiques, ainsi qu'une tendance à la projection et à la victimisation. S'agissant de la capacité de travail, les Drs M. \_\_\_\_\_ et [...], respectivement [...], se ralliaient au taux demandé par leur patiente sans procéder à une véritable analyse des ressources et difficultés en lien avec l'état psychique. Il convient au demeurant de tenir compte du fait que les psychiatres traitants peuvent être influencés par la relation thérapeutique

nouée avec la recourante depuis 2018, ce qui amoindrit la valeur probante de leurs conclusions sur la capacité de travail.

Pour sa part, l'expert psychiatre du Centre d'expertise U.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de troubles anxieux et dépressifs mixtes, ainsi que de syndrome douloureux somatoforme persistant, en précisant les éléments anamnestiques qui l'amenaient à les retenir et en se positionnant par rapports aux diagnostics différentiels, notamment ceux retenus par les psychiatres traitants. Puis, pour évaluer la capacité de travail en rapport avec l'état psychique, l'expert a évalué les ressources de la recourante découlant de l'anamnèse en s'appuyant sur les critères de la mini CIF-APP. Il a également examiné la cohérence et la plausibilité. Ainsi, contrairement aux médecins traitants, le Dr E.\_\_\_\_\_ a procédé à une analyse complète tenant compte des différents indicateurs exigés par la jurisprudence, de sorte que son appréciation doit être privilégiée.

**bb)** Sur le plan somatique, il apparaît que le Prof. A.\_\_\_\_\_ et le Dr [...] ont conclu à une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée dans leur rapport du 28 février 2023 en se référant uniquement au désir exprimé par leur patiente de conserver son emploi actuel. Il est du reste indiqué que les médecins étaient d'accord « à condition que le travail soit adapté à ces limitations », ce qui montre que cette question n'a pas été analysée. Réinterrogés par l'intimé, les deux médecins ont confirmé le 15 juin 2023 que le taux de 50 % tenait compte du souhait de la recourante de conserver son emploi, de ses difficultés et souffrances, ainsi que du temps consacré aux thérapies prescrites. Il est ainsi avéré que des critères non pertinents pour évaluer la capacité de la recourante en lien avec ses atteintes somatiques ont été pris en compte. Pour sa part, le Dr H.\_\_\_\_\_ n'a pas posé de nouveau diagnostic et ne s'est pas déterminé sur la capacité de travail de la recourante dans son rapport du 13 juin 2024. Enfin, il convient de relever que la Dre S.\_\_\_\_\_ ne s'est jamais prononcée sur la capacité de travail de sa patiente. Quant à la Dre Q.\_\_\_\_\_, ses différents rapports concluent également à une capacité de travail de 50 % fondée essentiellement sur les déclarations de la recourante, sans proposer de véritable analyse de cette question.

Les rapports des médecins somatiques traitants ne sont ainsi pas de nature à contredire les conclusions du Dr O.\_\_\_\_\_, fondées sur une anamnèse détaillée, un examen somatique complet ainsi qu'une analyse étayée des éléments médicaux à disposition. L'expert du Centre d'expertise U.\_\_\_\_\_ a tenu compte des plaintes douloureuses de la patiente tout en analysant concrètement leur incidence sur l'activité d'assistante en pharmacie telle qu'exercée par la recourante dans ses précédents emplois et sur l'activité d'assistante administrative actuelle. Il s'est appuyé notamment sur les descriptifs desdites activités, sur les déclarations de l'intéressée à propos du déroulement de sa journée-type et de son vécu au travail, ainsi que sur les résultats des examens auxquels il a procédé.

**cc)** En conséquence, il faut constater que l'intimé était fondé à retenir que la recourante présentait, dès le 1<sup>er</sup> juillet 2019, une capacité de travail de 100 % avec une baisse de rendement de 20 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'ordre rhumatologique. Il reste à déterminer le degré d'invalidité dans la part active.

**7. a)** 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).

**b)** 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).

**c)** 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).

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'invalidé 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).

**8.** Pour déterminer le degré d'invalidité dans la part active, l'intimé a procédé à un premier calcul fondé, pour le revenu sans invalidité, sur les montants soumis à cotisation en 2017 figurant sur l'extrait du compte individuel AVS, rapporté à un taux d'activité de 100 % et indexé. Pour le revenu avec invalidité, l'intimé a utilisé le revenu moyen qu'une femme pouvait obtenir, tous secteurs confondus, selon les données statistiques résultant de l'ESS 2018, adapté à la durée usuelle du travail, indexé, au taux de 80 % et sans abattement supplémentaire, aboutissant à un préjudice économique de 32,21 %. Dans un second calcul devant tenir compte du résultat des mesures de reclassement professionnel achevées en septembre 2020, l'intimé a comparé le même revenu sans invalidité au salaire obtenu dans l'emploi d'assistante administrative actuel, rapporté à un taux d'activité de 80 %, ce qui aboutissait à un préjudice économique de 28,25 %.

La recourante n'a pas critiqué les chiffres utilisés. Il convient de relever que l'intimé s'est trompé en indexant, dans ses deux calculs, les revenus à l'année 2022 au lieu des années 2019, respectivement 2021. La même erreur entachant à chaque fois les deux chiffres à comparer, elle n'a aucune incidence sur le résultat. Ainsi, il faut constater qu'en juillet 2019, lorsque la recourante a récupéré une capacité de travail globale de 80 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, le taux d'empêchement dans la part active de 80 % était de  $(32,21 \% \times 80 \% =) 25,79 \%$  et que ce taux a diminué à  $(28,25 \% \times 80 \% =) 22,60 \%$  après les mesures professionnelles achevées en septembre 2020. En ajoutant le taux d'empêchement dans la part ménagère (cf. supra consid. 6b) rapporté au taux de 20 %, soit  $(2,7 \% \times 20 \% =) 0,54 \%$ , le degré d'invalidité global de la recourante était de  $(25,79 \% + 0,54 \% =) 26 \%$  en 2019, respectivement  $(22,60 \% + 0,54 \% =) 23 \%$  en 2021 (chiffres arrondis ; cf. ATF 130 V 121 consid. 3.2). Ces taux sont inférieurs au minimum ouvrant le droit à une rente d'invalidité, de sorte que l'intimé a

mis fin à juste titre au versement de la rente entière au 30 septembre 2019, soit trois mois après l'amélioration de la capacité de gain.

Il convient enfin de relever que, même si le taux d'invalidité de la recourante atteint le seuil de 20 % qui ouvre le droit à un reclassement professionnel (art. 17 al. 1 LAI ; ATF 139 V 399 consid. 5.3), une telle mesure n'entre toutefois pas en ligne de compte en l'espèce. En effet, comme l'a constaté l'intimé, l'intéressée a déjà été mise au bénéfice de mesures professionnelles, qui lui ont permis d'obtenir un poste d'assistante administrative adapté à ses limitations fonctionnelles, si bien qu'aucune autre mesure ne paraît susceptible de diminuer encore le préjudice économique.

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

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur 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 partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 7 mars 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- T. \_\_\_\_\_,
- 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 :