

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 juillet 2025

Composition : M. WIEDLER, président
MM. Piguet et Tinguely, juges
Greffier : M. Frattolillo

Cause pendante entre :

F._____, à [...] recourante, représentée par Me Marie-Josée Costa,
avocate à Genève,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1 et 16 LPGA ; 4 al. 1, 28 et 29 LAI ; 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mariée, mère de deux enfants nés respectivement en [...] et [...], a été employée par W._____ en tant que responsable du groupe vente dans le secteur non food depuis septembre 1990.

Le 31 juillet 2015, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) mentionnant avoir subi une opération à une épaule. A sa demande était joint le rapport du 27 avril 2015 du Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, expliquant que l'assurée avait subi le 24 février 2015 une opération à l'épaule gauche visant à réparer le tendon sus-épineux par technique double rangée, avec synovectomie partielle et acromioplastie par arthroscopie. Il a précisé que la capacité de travail était nulle à la date de son rapport. Dans un autre rapport du 2 juillet 2015, aussi joint à la demande, ce même médecin a fait état d'une évolution favorable mais très lente en raison de l'apparition d'une capsulite post-chirurgicale et a estimé que la patiente pourrait reprendre une activité à 50 voire 100 % sans port de charges, sans travaux au-dessus de l'horizontale et sans travaux répétitifs, une fois la capsulite résorbée.

Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a recueilli un extrait du compte individuel AVS de l'assurée faisant état d'un salaire annuel soumis à cotisation de 75'164 fr. en 2010, de 63'734 fr. en 2011, de 75'259 fr. en 2012, de 77'270 fr. en 2013 et de 74'187 fr. en 2014.

Le 18 août 2015, W._____ a complété le questionnaire pour l'employeur en indiquant que l'assurée percevait un salaire de 6'400 fr. par mois, respectivement 83'200 fr. par année. Elle a également mentionné que le salaire était de 75'259 fr. 10 en 2012, de 77'096 fr. 40 en 2013 et de 74'037 fr. 65 en 2014.

Dans un rapport du 4 février 2016, le Dr G._____ a notamment attesté une reprise de travail de 50 % dès le 4 janvier 2016 et de 80 % dès le 1^{er} mars 2016 dans une activité sans port de charges de plus de 2 kg et sans travaux au-dessus de l'horizontale.

De 2015 à 2018, l'assurée a bénéficié de plusieurs mesures professionnelles et d'aide au placement. L'OAI a notamment pris en charge un stage pratique dans une fonction de responsable de groupe dans un autre secteur au sein de la W._____ du 1^{er} mai au 31 juillet 2016, puis l'assurée a continué à travailler auprès de son employeur dans une activité adaptée jusqu'à septembre 2017 dans le cadre d'un remplacement d'un congé maternité. Le contrat de travail de l'assurée a été résilié avec effet au 31 décembre 2017, l'employeur ayant expliqué ne pas avoir de poste adapté disponible pour l'assurée (cf. notamment communications des 8 février et 14 juin 2016 et document « REA-Rapport final du 22 janvier 2018).

Dans un rapport médical du 27 février 2019, le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué avoir pratiqué une suture de la coiffe, une acromioplastie et une réparation du tendon long chef biceps de l'épaule gauche de l'assurée.

Dans un rapport transmis le 27 août 2019 à l'OAI, il a fait état d'une capacité de travail à 100 % depuis août 2019 dans une activité adaptée.

Dans un projet de décision du 21 novembre 2019, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'elle avait droit à trois quarts de rente du 1^{er} février au 30 septembre 2016 et à une rente entière du 1^{er} décembre 2018 au 30 novembre 2019. Pour déterminer le degré d'invalidité, l'OAI s'est basé sur un revenu sans atteinte à la santé de l'assurée de 83'782 fr. 40 en 2016, précisant qu'il s'agissait du revenu qu'elle aurait pu réaliser en tant que responsable de vente selon le rapport de l'employeur.

Par courrier daté du 20 décembre 2019, l'assurée a contesté ce projet de décision en indiquant qu'elle souhaitait qu'on lui donne la possibilité de suivre une formation ou une mesure de réintégration dans un travail adapté.

Dans un rapport du 11 février 2020, la Dre P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué suivre l'assurée depuis le 21 octobre 2019 pour un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive.

Le 1^{er} juin 2020, l'assurée a été engagée comme conductrice scolaire auprès de l'U._____ au taux de 30 %.

Dans une note interne du 29 janvier 2021, l'OAI a estimé que le revenu sans l'atteinte à la santé n'avait pas été calculé de manière correcte et qu'il fallait faire une moyenne des revenus perçus par année entre 2012 à 2014, soit un total de 75'464 fr. 38.

Le 3 août 2021, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une mesure de reclassement professionnel du 25 septembre 2021 au 12 février 2022 en vue de l'obtention d'un certificat.

Dans un projet de décision du 15 juin 2022, annulant et remplaçant celui du 21 novembre 2019, l'OAI a octroyé trois quarts de rente pour la période allant du 1^{er} février au 30 septembre 2016 et une rente entière pour la période allant du 1^{er} décembre 2018 au 30 novembre 2019. Il a notamment retenu que l'assurée présentait depuis le 5 août 2019 une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir pas de travaux avec le bras au-dessus de l'horizontale, sans port de charges de plus de 3 kg et sans mouvements répétitifs. Pour le calcul du degré d'invalidité, arrêté à 26,7 % à compter d'août 2019, l'OAI a pris en considération un revenu sans invalidité de 73'415 fr. 29 correspondant à la moyenne des salaires perçus par l'assurée entre 2010 et 2014, selon l'extrait de son compte individuel après indexation à 2016.

Par décisions des 26 août et 14 novembre 2022, l'OAI a confirmé son projet de décision du 15 juin 2022.

B. Le 23 mai 2023, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI mentionnant une gonarthrose du genou droit et une incapacité de travail depuis une opération de ce genou le 3 février 2023. Elle a précisé que son contrat de travail à 30 % comme conductrice auprès de U._____ avait été résilié pour le 31 août 2023.

Dans un rapport du 10 mai 2023, le Dr D._____, spécialiste en orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin chef à l'I._____, a indiqué qu'à 3 mois de l'implantation d'une prothèse fémoro-patellaire au genou droit, l'évolution restait compliquée, avec des douleurs persistantes. L'assurée poursuivait la physiothérapie et le Dr D._____ a prolongé l'arrêt de travail jusqu'au prochain contrôle.

Dans le questionnaire pour l'employeur complété le 27 juin 2023, l'U._____ a indiqué que l'assurée travaillait comme chauffeur à raison de 12h27 par semaine depuis le 1^{er} juin 2020. Il a joint à son formulaire des extraits de compte de salaire de l'assurée faisant état d'un revenu mensuel brut de 1'575 fr. 85 en 2023.

Le 28 juin 2023, l'assurée a complété le formulaire de détermination du statut en signalant que, sans l'atteinte à la santé, elle travaillerait à 100 % et aurait conservé son activité en tant que responsable dans la vente.

Le 1^{er} septembre 2023, le Dr D._____ a procédé à une arthroscopie diagnostique du genou droit avec résection de synoviale et d'une plica.

Dans un rapport médical du 26 septembre 2023, le Dr T._____, médecin généraliste traitant, a signalé la persistance de douleurs à l'épaule gauche malgré la reprise chirurgicale de 2018. Il a

mentionné que l'assurée avait également des douleurs au genou droit qui avait fait l'objet d'interventions orthopédiques. Selon ce rapport, l'assurée ne pouvait pas porter des charges de plus de 10 kg une fois par heure, rester en station debout et faire des marches prolongées durant son travail. Le Dr T._____ a également estimé que l'assurée avait une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée.

Dans un rapport du 2 octobre 2023, le Dr D._____ a indiqué que la physiothérapie se poursuivait et que l'assurée avait pu reprendre une petite activité dans les devoirs surveillés à raison de 3 à 4 heures par semaine.

Dans un rapport du 11 octobre 2023, le Dr D._____ a estimé que l'assurée pourrait reprendre une activité à 100 %, sans toutefois donner d'horizon temporel. Il a également indiqué qu'elle ne pouvait plus faire de travaux en position accroupie ou à genoux.

Dans un compte-rendu de la permanence du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) du 13 novembre 2023, il était fait état d'une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée, l'activité de chauffeur n'étant pour sa part plus exigible. Outre la limitation fonctionnelle liée à l'épaule, les limitations suivantes en lien avec le genou ont été retenues : pas de port de charges de plus de 10 kg, pas de marche prolongée et/ou en terrain irrégulier, usage répété d'escaliers, ne pas utiliser d'échelle, d'échafaudage ou d'escabeau, ne pas avoir des positions répétées à genou ou accroupi, alternance position assise/debout.

L'OAI a rendu un projet de décision de refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité le 16 février 2024. Dans celui-ci, l'OAI a retenu que l'assurée avait présenté une incapacité de travail depuis le 10 mars 2022, mais qu'elle disposait d'une pleine capacité de travail dans un activité adaptée depuis le 15 octobre 2023. Pour le calcul du degré d'invalidité, l'OAI a pris en compte le revenu sans invalidité retenu en 2014 qu'il a indexé et a arrêté le revenu d'invalidité sur la base des données salariales statistiques. Le préjudice économique de l'assurée

ainsi calculé s'élevait à 20,39 % en 2023 et à 28,35 % en 2024 tenant compte de l'entrée en vigueur de l'art. 26bis al. 3 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201).

Par courriers des 2 avril et 7 mai 2024, l'assurée a contesté ce projet de décision, au motif qu'il ne prenait pas en compte sa situation actuelle.

Le 15 mai 2024, elle a transmis à l'OAI un rapport médical du 30 avril 2024 du Dr D._____, posant le diagnostic de prothèse fémoro-patellaire au genou droit du 3 février 2023 avec arthroscopie pour suspicion de syndrome de Clunk avec synovectomie le 1^{er} septembre 2023, de cure de Morton au pied gauche en 2008, de fracture de fatigue du 3^{ème} métatarsien du pied gauche et de statut post-chirurgical de la coiffe de l'épaule droite. Au vu de la persistance des symptômes, il a indiqué qu'il allait procéder à des examens complémentaires. Il a également mentionné que l'incapacité de travail de 90 % perdurait.

Par courriel du 19 août 2024, l'assurée a informé l'OAI qu'un examen effectué auprès du Centre J._____, (ci-après : J._____) avait révélé deux fractures, une d'une vertèbre lombaire et l'autre d'une côte.

Dans un rapport du 21 août 2024, le Dr D._____ a expliqué que la prothèse était en ordre et que la fracture L1 relevée était fortuite. Il a expliqué que la fracture de la vertèbre lombaire L1, une lombalgie et des gonalgies droites impactaient la capacité de travail. Il a confirmé les limitations fonctionnelles de l'assurée, qui ne pouvait pas porter de charge supérieure à 10 kg, faire de marche prolongée ou en terrain irrégulier, faire un usage répété d'escaliers, utiliser d'échelle, d'échafaudage ou d'escabeau, tenir des positions répétées à genou ou accroupi et permettre l'alternance des positions assise et debout. En ne tenant compte uniquement des atteintes au genou, la capacité de travail était selon lui de 100 % dans une activité adaptée.

Dans un avis médical du 10 septembre 2024, la médecin du SMR a constaté que la découverte de la fracture lombaire L1 était fortuite et asymptomatique, et qu'elle nécessitait toutefois des investigations à la recherche d'une ostéoporose, sans pour autant justifier une incapacité de travail durable.

Par décision du 11 septembre 2024, l'OAI a confirmé le refus d'allouer des mesures professionnelles et une rente, conformément à son projet de décision du 16 février 2024.

Le 1^{er} octobre 2024, l'OAI a reçu un rapport de scintigraphie osseuse datant du 24 juin 2024 de la Dre L. _____ du service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire du J. _____, spécialiste en médecine nucléaire, révélant notamment une fracture de tassement du corps vertébral D11 d'allure ostéoporotique, et un rapport de densitométrie osseuse du 18 juillet 2024 de la Dre R. _____, spécialiste en radiologie, concluant à une ostéoporose avec une microarchitecture osseuse préservée pour l'âge suggérant une résilience basse à la fracture, associée à une fracture de tassement des plateaux supérieur et inférieur de D11.

Le 14 octobre 2024, l'OAI a informé l'assurée qu'elle pouvait déposer une nouvelle demande de prestations sur la base des rapports médicaux reçus le 1^{er} octobre 2024, ce qu'elle a fait le 23 octobre 2024.

C. Entretiens, par acte du 11 octobre 2024, l'assurée, représentée par Me Marie-Josée Costa, a formé recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 11 septembre 2024 de l'OAI. Elle a préalablement conclu à la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire qui se prononcerait sur son état de santé et sa capacité de travail raisonnablement exigible. Sur le fond, elle a conclu en substance principalement à l'annulation de la décision litigieuse, au renvoi de la cause à l'OAI pour mise en place de mesures d'ordre professionnel, fixation du degré d'invalidité et nouvelle décision, et, subsidiairement, au renvoi à l'OAI pour instruction complémentaire et

nouvelle décision. Elle a reproché à l'OAI de ne pas avoir instruit l'ostéoporose et les lombalgies découlant de la fracture vertébrale qui avaient des répercussions sur sa capacité de travail et entraînaient des limitations fonctionnelles supplémentaires. Elle a également contesté le calcul du degré d'invalidité, qui se basait, selon elle, sur un revenu sans invalidité erroné, car il se référait à la période 2010-2014, alors qu'il aurait dû être fixé sur la base du dernier salaire perçu en 2015. Elle a aussi émis des griefs à l'encontre de l'application d'un niveau de compétences 2 pour le calcul de son revenu avec invalidité retenu dans la décision attaquée.

A l'appui de son recours, elle a notamment produit un rapport du 24 septembre 2024 de la Dre K._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, posant le diagnostic d'ostéoporose fracturaire avec fracture vertébrale spontanée, ostéoporose au niveau du rachis, ostéopénie au niveau de la hanche et haut risque de fractures à 10 ans (20 %), et un rapport d'IRM de la colonne dorso-lombaire du 20 septembre 2024 de la Dre C._____, spécialiste en radiologie et médecine nucléaire, se concluant ainsi :

« Hernies de Schmorl du plateau supérieur de D11 et de L4 inflammatoires avec des remaniements Modic 1 au pourtour et associées à des fractures du plateau supérieur estimées à environ 17 % en T11 et 25 % en L4.
Remaniement de type ostéoporotique sans lésion à caractère suspect sous-jacente.
Discopathies lombaires basses sans modérée, sans rétrécissement canalaire ou foraminal, ni conflit disco-radriculaire. »

Dans sa réponse du 2 décembre 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a produit une analyse effectuée par la médecin du SMR le 14 novembre 2024, dans laquelle elle a estimé que la fracture type tassement D11 était responsable de lombalgies non déficitaires et pouvait certes justifier une incapacité de travail mais que celle-ci était non durable. Elle a également estimé que l'ostéoporose en tant que telle n'était pas invalidante et a conclu au maintien de ses conclusions.

La recourante a déposé une réplique le 20 mars 2025, dans laquelle elle a maintenu ses conclusions et à laquelle elle a joint plusieurs rapports médicaux :

- un rapport du 4 février 2025 du Dr T._____, certifiant l'incapacité de la recourante à exercer sa profession de logisticienne de grande surface commerciale due aux séquelles de la rupture ligamentaire de l'épaule gauche, aux douleurs du genou droit et aux séquelles d'une fracture vertébrale, et mentionnant au passage que la recourante souffrait également d'une inflammation de l'estomac ;
- un rapport du 11 février 2025 de la psychologue-psychothérapeute A._____, relevant que la recourante était impactée psychiquement par ses douleurs, qu'elle n'arrivait pas à faire les tâches quotidiennes, qu'elle avait une faible estime d'elle et qu'elle se plaignait de difficultés d'attention et de concentration ;
- un rapport du 12 février 2025 du Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, posant le diagnostic d'algoneurodystrophie (maladie de Sudeck) chronique ;
- un rapport du 17 février 2025 du Dr Y._____, spécialiste en anesthésiologie, évoquant notamment une composante neuropathique des douleurs au genou, pour laquelle la recourante avait commencé un traitement de désensibilisation.

Par duplique du 7 avril 2025, l'intimé s'est référé à un avis médical du SMR du 25 mars 2025, qu'il a joint à son écriture et qui se concluait ainsi :

« La situation se complexifie. Même si chaque atteinte prise isolément ne devrait pas limiter la CTAA [Capacité de travail dans une activité adaptée], leur accumulation, avec en particulier la persistance de lombalgies à distance de la fracture, des gonalgies qui nécessitent une prise en charge en centre d'antalgie, et l'évocation d'une répercussion psychique, pourrait éventuellement justifier une baisse de la CT [Capacité de travail] et nécessiterait de prolonger l'instruction (lister les différents thérapeutes, demande de RM [Rapport médical] complet somatique et psychiatrique avec évaluation chronologique de la CTAA). »

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 du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité à la suite d'une deuxième demande de prestations déposée le 23 mai 2023, en particulier sur le point de savoir si l'instruction de l'intimé était complète lors du prononcé de la décision du 11 septembre 2024 et sur le calcul du degré d'invalidité.

3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI et la LPGA - notamment - ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022.

b) En l'occurrence, la décision litigieuse fait suite à la deuxième demande de prestations déposée par l'assurée en mai 2023, si bien que les dispositions entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2022 sont applicables.

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

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) 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^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

5. a) 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). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 1^{er} janvier 2022), 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 la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a), ou atteint 100 % (let. b).

b) 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).

6. 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).

c) Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision

administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; TF 8C_105/2022 du 12 juillet 2022 consid. 4.1).

d) Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_253/2024 du 17 octobre 2024 consid. 3.3).

7. a) En l'espèce, l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande déposée en mai 2023 par la recourante, estimant qu'il était vraisemblable que son état de santé se soit aggravé. En conséquence, il lui appartenait d'instruire d'office le cas. Dans son acte de recours, la recourante conteste la capacité de travail retenue dans la décision litigieuse et se prévaut d'une instruction insuffisante de son état de santé. Pour soutenir son propos, elle a produit plusieurs rapports médicaux visant à démontrer l'existence de diverses atteintes à la santé ayant un impact sur sa capacité de travail et, qui n'ont, selon elle, pas été prises en considération par l'intimé.

b) Les rapports médicaux postérieurs à la décision attaquée sont recevables, car ils concernent tous l'état de santé de la recourante qui prévalait déjà avant que celle-ci ne soit rendue, ce qu'admet d'ailleurs implicitement le SMR dans ses avis médicaux produits en cours de procédure.

c) Tant les rapports médicaux établis avant le prononcé de la décision que ceux rédigés postérieurement font état de plusieurs nouvelles atteintes que l'intimé n'a pas investiguées.

Pour commencer, il ressort des rapports radiologiques des 24 juin et 18 juillet 2024 et du rapport du 24 septembre 2024 de la Dre K. _____, que la recourante souffre de différentes fractures et

présente une ostéoporose fracturaire avec un haut risque de fractures à 10 ans, soit une nouvelle atteinte à la santé en sus de celles à l'épaule gauche et au genou droit. Ces rapports se réfèrent tous à des examens et des consultations antérieurs à la décision du 11 septembre 2024, qui ont tous été signalés par la recourante dans un échange de courriels avec l'intimé des 19 et 20 août 2024. Il ressort du dossier que l'intimé a exclu une incapacité durable induite par ces atteintes sur la base d'un avis extrêmement sommaire du SMR du 10 septembre 2024, sans plus amples mesures d'instruction.

Ensuite, il ressort des rapports produits dans le cadre de la présente procédure que la recourante souffre de fortes gonalgies nécessitant une prise en charge antalgique (cf. rapport du 17 février 2025 du Dr Y. _____) pour lesquelles le diagnostic d'algoneurodystrophie est évoqué par plusieurs médecins (cf. rapport du 4 février 2025 du Dr T. _____ et rapport du 12 février 2025 du Dr M. _____) et de lombalgies liées aux fractures vertébrales pour lesquelles le diagnostic d'ostéoporose fracturaire a été confirmé (cf. rapport du 24 septembre 2024 de la Dre K. _____). En outre, des répercussions psychiques des atteintes physiques sont évoquées (cf. rapport du 11 février 2025 de Mme A. _____). Or ces éléments n'ont pas non plus été instruits par l'intimé.

Dans son avis du 25 mars 2025, auquel se réfère l'OAI dans sa duplique, le SMR relève que l'accumulation des atteintes peut avoir une influence sur la capacité de travail de la recourante et a préconisé la reprise de l'instruction. On ne peut que le suivre.

En conséquence, il convient de renvoyer la cause à l'autorité intimée, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). Il incombera ainsi à l'intimé de compléter le dossier, en requérant des rapports médicaux auprès des médecins récemment consultés et, cas échéant, de mettre en œuvre une expertise médicale neutre, au besoin pluridisciplinaire. Cela

fait, il incombera à celui-ci de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de l'intéressée.

8. a) La recourante se plaint également des revenus avec et sans invalidité retenus par l'OAI pour calculer son préjudice économique. Compte tenu de ce qui précède, il apparaît prématuré d'examiner la fixation de son revenu avec invalidité, puisque celui-ci dépendra des atteintes à la santé, des limitations fonctionnelles et du niveau de compétence dans une activité adaptée finalement retenus. En revanche, les critiques concernant le revenu sans invalidité peuvent déjà être traitées par économie de procédure.

b) 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 102 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).

c) En l'occurrence, le dernier emploi de la recourante avant ses atteintes à la santé était responsable du groupe vente des produits non food auprès de W._____. Il ressort du questionnaire pour l'employeur rempli le 18 août 2015 que le salaire annuel de la recourante s'élevait alors à 83'200 francs. Dans son premier projet de décision du 21 novembre 2019 concernant la première demande de la recourante, l'intimé a tenu compte de ce montant indexé à 2016. En revanche, dans son projet du 15 juin 2022 confirmé par décision du 14 novembre 2022, concernant toujours la première demande, ainsi que dans la décision attaquée portant sur la deuxième demande, l'intimé s'est fondé sur un extrait de compte individuel de la recourante du 14 août 2015 sur lequel ne figure pas l'année 2015 et a fait une moyenne des salaires annuels perçus de 2010 à 2014, sans préciser pourquoi il ne se référait plus au salaire de 83'200 francs. La seule pièce au dossier qui mentionne ce

changement est une note interne du 29 janvier 2021, dans laquelle l'intimé a simplement indiqué que le calcul du revenu sans atteinte à la santé était erroné, sans toutefois en exposer les motifs. Dans la présente procédure, l'intimé n'a pas non plus expliqué pourquoi la prise en compte du dernier salaire de la recourante serait incorrecte, indiquant uniquement que le montant retenu était le même que dans la décision du 14 novembre 2022 entrée en force. La Cour de céans n'étant pas liée par le contenu de cette décision qui ne lui a pas été soumise et qui ne déploie des effets qu'en lien avec la première demande de l'assurée, cet argument n'est pas pertinent. Il convient donc de constater que le salaire réalisé avant l'atteinte à la santé de la recourante en 2015 s'élevait à 83'200 francs. Il incombera donc à l'OAI de calculer le préjudice économique de l'intéressée sur cette base, en l'indexant.

9. a) En conclusion, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

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^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu le sort du recours.

c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 3'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 11 septembre 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr (six cent francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs) à F. _____ à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Marie-Josée Costa (pour la recourante),
- 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).

Le greffier :