

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 juin 2026

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Di Ferro Demierre et M. Tinguely, juges
Greffière : Mme Hentzi

* * * * *

Cause pendante entre :

B._____, à Q***, recourante,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1, 17 al. 1 et 61 al. 1 let. c LPGA ; art. 4 al. 1 LAI

En fait :

A. a) B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante [...] (permis C), née le ***1963, mère d'un enfant et sans formation professionnelle certifiée, a essentiellement travaillé en qualité d'employée de maison.

Le 27 novembre 1995, l'assurée a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison de douleurs à la hanche depuis octobre 1993.

Procédant à l'instruction de cette demande, l'OAI a recueilli des renseignements auprès des médecins consultés par l'assurée. Il en ressort en particulier que, dans un rapport du 29 mars 1994, le Dr C._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, retenait le diagnostic de périarthrite de la hanche gauche, essentiellement sous la forme d'une bursite du moyen fessier et d'une contracture du muscle pyramidal, avec suspicion d'une compression partielle du nerf fessier supérieur. Dans un rapport d'expertise du 13 mars 1995, le Dr D._____ a posé les diagnostics de lombopygalgies gauches sur dysfonction sacro-iliaque gauche et périarthropathie de la hanche, de troubles statiques du rachis, de coxa valga bilatérales avec défaut de couverture des têtes fémorales et début de coxarthrose gauche, une hanche à ressaut gauche ainsi qu'une tendance à l'hyperlaxité ligamentaire. Il considérait alors que l'assurée présentait une capacité de travail de 50 % dans son activité d'employée de maison, avec une perspective de récupération progressive d'une pleine capacité de travail dans une activité légère. Dans un rapport du 26 janvier 1996, le Dr F._____, spécialiste en médecine interne générale, a confirmé pour l'essentiel les atteintes retenues, à savoir des lombopyalgies gauches sur dysfonction sacro-iliaque gauche et une périarthropathie de la hanche, des troubles statiques du rachis avec ébauche de scoliose, des coxa valga bilatérales avec un début de coxarthrose gauche et une hanche à ressaut gauche. Enfin, un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) réalisée le 26 janvier 1996, a mis en

évidence une discopathie débutante L4-L5 et des séquelles de la maladie de Scheuermann.

Par décision du 22 janvier 1997, l'assurée a été mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} février 1995 sur la base d'un degré d'invalidité de 50 %.

b) L'OAI a initié une révision d'office du droit à la rente de B._____ le 18 décembre 1997.

Par communication du 23 juin 1999, l'OAI a confirmé le droit au versement d'une demi-rente d'invalidité.

Depuis le 1^{er} septembre 1999, l'assurée a travaillé en qualité d'employée de maison à 50 % pour le compte de [...] à U***.

c) Le 26 juillet 2000, l'OAI a entamé une nouvelle procédure de révision d'office du droit à la rente de B._____.

Le 25 août 2000, l'assurée a répondu au questionnaire de révision de l'OAI, indiquant que son état de santé s'était aggravé depuis le mois de novembre 1999.

Par rapport du 22 octobre 2000 à l'OAI, le Dr F._____ a mis en évidence les diagnostics de myalgies d'origine indéterminée, d'urticaire récidivante et de migraine sans aura et a estimé que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé.

Dans un rapport du 22 mai 2001 à l'OAI, le Dr F._____ a indiqué que la capacité de travail de l'assurée demeurait de 50 % dans son activité d'employée de maison et que son état de santé s'était désormais stabilisé.

Par décision du 22 novembre 2001, confirmant un projet de décision du 25 octobre 2001, l'OAI a indiqué que l'aggravation de l'état de

santé signalée par l'assurée n'était que passagère et que sa capacité de travail était à nouveau de 50 %. Considérant que le degré d'invalidité n'avait pas subi de modification susceptible d'influencer le droit à la rente, il a maintenu le droit à la demi-rente d'invalidité.

d) Le 10 janvier 2005, l'OAI a ouvert une nouvelle révision d'office du droit à la rente de B._____.

Le 18 janvier 2005, l'assurée a complété le questionnaire de révision de l'OAI, faisant état d'une aggravation de son état de santé depuis novembre 2004.

Par rapport du 29 mai 2005 adressé à l'OAI, le Dr F._____ a posé les diagnostics de défilé thoracique vasculaire bilatéral, de tendinite du moyen fessier droit avec périarthrite de la hanche droite, d'urticaire chronique avec angio-œdème idiopathique, de migraine sans aura et d'épicondylite droite. Il a en outre considéré que l'état de santé de l'assurée était stationnaire.

Par communication du 27 novembre 2006, l'OAI a maintenu le droit à la demi-rente versée.

e) Le 16 décembre 2009, l'OAI a initié une nouvelle révision d'office du droit à la rente de B._____.

Par communication du 30 mars 2010, l'OAI a maintenu le droit à la demi-rente versée.

f) Le 9 février 2015, B._____ a informé l'OAI qu'elle exerçait une nouvelle activité de garde d'enfants depuis le 25 août 2014 à un taux de 65 %.

Le 19 février 2015, l'OAI a initié une nouvelle révision d'office du droit à la rente de l'assurée.

Dans un rapport du 5 mai 2015 à l'OAI, le Dr F._____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée demeurait stable depuis l'octroi de la rente, avec la persistance de douleurs à la hanche et au niveau dorsal. Il retenait comme diagnostics une périarthrite chronique gauche ainsi que des lombalgies avec irradiation dans la jambe en lien avec une discopathie dégénérative pluri-étagée, avec un possible conflit inflammatoire intra-foraminal gauche en L5-S1 au contact de la racine L5 gauche. Il relevait comme limitations fonctionnelles l'impossibilité de rester debout de manière prolongée ainsi que la nécessité d'éviter le port de charges supérieures à 5 kg.

Dans un avis du 10 août 2015, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a retenu que l'assurée conservait une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle de femme de ménage, conformément à l'appréciation de son médecin traitant. Il a relevé que les limitations fonctionnelles consistaient essentiellement en l'évitement des stations debout prolongées et du port de charges supérieures à 5 kg. En revanche, une capacité de travail de 100 % demeurait exigible dans une activité adaptée, légère et principalement sédentaire, comme cela avait déjà été retenu dans l'expertise du Dr D._____ en 1995. Il a en outre relevé que la situation médicale apparaissait globalement stationnaire depuis 1993, sans élément objectivant une amélioration ou une aggravation significative, et que l'activité de garde d'enfants exercée par l'assurée semblait compatible avec les limitations fonctionnelles retenues.

Par projet de décision du 8 mars 2016, l'OAI a informé l'assurée de son intention de remplacer la demi-rente dont elle bénéficiait par un quart de rente, avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision, au motif que son degré d'invalidité s'élevait désormais à 43 %.

Dans le contexte d'un entretien auprès de l'OAI du 27 avril 2016, l'assurée a indiqué qu'en plus de son activité de garde d'enfants, elle avait retrouvé trois autres activités (heures de ménage).

Par décision du 7 décembre 2016, confirmant un projet de décision du 27 octobre 2016 annulant et remplaçant celui du 8 mars 2016, l'OAI a supprimé la demi-rente d'invalidité dont bénéficiait l'assurée depuis le 1^{er} février 1995. L'office a retenu que l'assurée devait être considérée comme active à 100 % et que, selon les renseignements médicaux à disposition, elle disposait d'une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle de femme de ménage, mais d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, telle que son activité de garde d'enfants. À la suite de la reprise de plusieurs activités lucratives, son revenu effectif pour l'année 2015 s'élevait à 34'337 francs. Comparé au revenu sans invalidité de 46'131 fr., il en résultait une perte de gain de 11'794 fr., correspondant à un degré d'invalidité de 25,56 %. Ce taux étant inférieur au seuil de 40 % ouvrant le droit à une rente, l'OAI a considéré que le droit à la demi-rente d'invalidité était supprimé dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de ladite décision.

Cette décision est entrée en force.

Par la suite, l'assurée s'est inscrite auprès de l'assurance-chômage et a bénéficié d'un délai-cadre d'indemnisation du 1^{er} juin 2020 au 30 novembre 2022.

g) Le 24 août 2021, B._____ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison d'une incapacité de travail totale depuis le 11 novembre 2020, traitée comme une demande de révision (cf. courrier de l'OAI du 30 août 2021).

Dans un rapport à l'OAI du 16 septembre 2021, la Dre K._____, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué qu'elle avait repris le suivi de l'assurée en tant que médecin traitante depuis mai 2020. Elle a fait état d'une aggravation progressive des dorsolombalgies chroniques de l'assurée dans un contexte de troubles dégénératifs lombaires, de latérolisthésis lombaire, de discopathie dégénérative pluriétagée, de scoliose importante et de périarthropathie de la hanche

avec coxarthrose débutante. Elle a également mentionné un conflit sous-acromial de l'épaule droite, dont l'évolution était favorable après un traitement chirurgical. Les atteintes rachidiennes persistaient sans amélioration et avaient entraîné un arrêt de travail dès novembre 2020. Ainsi, elle estimait que l'assurée n'était plus en mesure d'exercer son activité de maman de jour et confirmait une péjoration de l'état de santé avec répercussions sur la capacité de travail.

Complétant le 12 octobre 2021 le formulaire « détermination du statut », l'assurée a indiqué que si elle était en bonne santé elle travaillerait à 100 % par nécessité financière.

Aux termes d'un rapport du 14 octobre 2021 à l'OAI, le Dr L._____, médecin praticien, a mis en évidence les diagnostics de lombopygalgies gauches dans un contexte de troubles dégénératifs lombaires étendus, de latérolisthésis lombaire, de dysbalances musculaires prédominant sur la chaîne antérieure, de périarthropathie de la hanche, de fibromyalgie ainsi que d'un syndrome sous-acromial de l'épaule droite ayant nécessité une décompression sous-acromiale avec résection acromio-claviculaire en mai 2021. Concernant la capacité de travail, il a indiqué ne pas être en mesure de se prononcer, faute d'avoir abordé cette question avec l'assurée et de disposer d'informations suffisantes sur d'éventuels arrêts de travail. Il a toutefois estimé que la capacité de travail dans une activité adaptée (type bureautique) pourrait être de 100 %. S'agissant des limitations fonctionnelles, les postures statiques prolongées au-delà de 30 minutes, le travail avec les bras au-dessus de l'horizontale ainsi que les activités en porte-à-faux devaient être évités. A son envoi, il a joint son rapport de consultation du 21 juillet 2021, deux rapports de consultation du Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, des 23 juillet et 16 septembre 2021, ainsi qu'un protocole opératoire en lien avec une arthroscopie de l'épaule droite avec résection arthroscopique acromio-claviculaire droite et ténotomie en parachute du long chef du biceps réalisée le 11 mai 2021.

Dans un rapport du 16 décembre 2021, le Dr M._____ a indiqué que six mois après la résection acromio-claviculaire et l'acromioplastie à droite, soit lors de la consultation du 13 décembre 2021, l'épaule de l'assurée n'était plus douloureuse. La mobilité était complète et symétrique et la palpation de l'articulation se faisait sans aucune douleur.

Le 12 janvier 2022, la Dre K._____ a adressé un rapport à l'OAI, dans lequel elle a mis en évidence les diagnostics de dorsolombalgies chroniques non spécifiques sur troubles statiques et dégénératifs rachidiens, de troubles dégénératifs lombaires bas, de latérolisthésis lombaire, de périarthropathie de la hanche avec coxarthrose débutante gauche, de fibromyalgie ainsi qu'un syndrome sous-acromial de l'épaule droite avec déchirure partielle du tendon sus-épineux et bursite sous-acromiale. Cette dernière atteinte avait été traitée par infiltrations puis par une arthroscopie de l'épaule droite comprenant une résection arthroscopique de la face inférieure de l'acromion, une résection acromio-claviculaire et une ténotomie en parachute du long chef du biceps, avec une évolution très favorable sur le plan de l'épaule. S'y ajoutait encore un discret syndrome inflammatoire sans évidence pour un rhumatisme inflammatoire. Malgré les traitements entrepris, l'assurée continuait de se plaindre de douleurs lombaires et des deux hanches. Il était toutefois relevé une certaine amélioration fonctionnelle sur le plan physique et l'absence d'aggravation de la symptomatologie. S'agissant de la capacité de travail, elle a considéré que l'assurée présentait une incapacité de travail de 100 % dans son activité habituelle depuis le 11 novembre 2020 et estimait qu'une amélioration de la capacité de travail paraissait peu probable à ce stade.

Dans un compte-rendu de permanence du SMR 19 mai 2022, le SMR a retenu les diagnostics de lombopygalgies gauches dans un contexte de troubles dégénératifs lombaires bas étendus, de latérolisthésis lombaire, de dysbalances musculaires prédominant sur la chaîne antérieure, de périarthropathie de la hanche et de fibromyalgie, ainsi qu'un syndrome sous-acromial de l'épaule droite traité par décompression sous-acromiale avec résection acromio-claviculaire et ténotomie du long chef du biceps. Il a considéré que seule l'atteinte de l'épaule droite constituait une affection

nouvelle justifiant une incapacité totale de travail dans toute activité du 16 novembre 2020 au 13 décembre 2021. Les atteintes lombaires et de la hanche étaient en revanche jugées stationnaires et compatibles avec l'exercice d'une activité adaptée à plein temps. Il était retenu une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée dès le 13 décembre 2021. Les limitations fonctionnelles retenues étaient l'absence de port de charges supérieures à 3 kg, l'absence de travail avec les bras au-dessus de l'horizontale, l'évitement des positions statiques prolongées au-delà de 30 minutes, des activités en porte-à-faux et de la marche prolongée. Une activité essentiellement sédentaire était considérée comme exigible.

Par communication du 19 avril 2023, l'OAI a informé l'assurée qu'il prenait en charge les coûts d'une orientation professionnelle sous la forme d'un examen des professions possibles – section cuisine auprès d'E._____ du 18 avril au 17 juin 2023.

La mesure a été interrompue le 2 mai 2023 en raison de l'incapacité de travail de l'assurée (cf. courrier du 3 mai 2023).

Par projet de décision du 28 février 2024, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'elle comptait lui allouer une rente d'invalidité entière du 1^{er} février au 30 mars 2022.

Par courrier du 15 mars 2024, complété le 17 mars 2024, l'assurée a fait valoir ses objections à l'encontre du projet de décision précité.

Dans un rapport du 15 avril 2024 adressé à l'OAI, la Dre K._____ a rappelé que l'assurée était suivie pour des douleurs multiples. Elle relevait en premier lieu des dorsolombalgies chroniques évoluant depuis de nombreuses années dans un contexte de troubles dégénératifs lombaires, de latérolisthésis et de scoliose lombaire. Malgré des traitements physiothérapeutiques réguliers, les douleurs persistaient. Elle mentionnait également des atteintes bilatérales des épaules suivies par le Dr M._____.

L'épaule droite avait fait l'objet d'une arthroscopie avec résection de la face inférieure de l'acromion et ténotomie du long chef du biceps en juin 2021 [recte : mai 2021], avec une évolution favorable. L'épaule gauche avait quant à elle nécessité une résection acromio-claviculaire avec acromioplastie en juin 2023. Après une amélioration initiale, les douleurs étaient réapparues au début de l'année 2024. Elle relevait encore une périarthropathie de la hanche avec coxarthrose débutante gauche ainsi qu'un diagnostic de fibromyalgie retenu de longue date. Elle rappelait également l'avis rhumatologique de décembre 2020 concluant à des lombodorsalgies chroniques non spécifiques sur d'importants troubles statiques et dégénératifs rachidiens, associées à une fibromyalgie. Au vu de l'ensemble de ces atteintes, la médecin attestait une incapacité de travail de 100 % depuis 2020, relevant que l'assurée présentait d'importantes douleurs lombaires, une fatigabilité marquée au moindre effort physique et des limitations affectant également les activités de la vie quotidienne, avec un retentissement psychique négatif. A son envoi, elle a joint les documents suivants :

- un rapport du 19 mai 2021 du Dr L._____, lequel a posé les diagnostics de lombopygalgies gauches dans un contexte de troubles dégénératifs lombaires bas, de latérolisthésis lombaire, de dysbalances musculaires prédominant sur la chaîne antérieure, de périarthropathie de la hanche, de fibromyalgie et de syndrome sous-acromial de l'épaule droite traité par décompression sous-acromiale avec résection acromio-claviculaire et ténotomie du long chef du biceps le 11 mai 2021, tout en relevant une persistance des douleurs avec stagnation de la situation tant sur le plan fonctionnel que symptomatique malgré les traitements entrepris ;
- un rapport du 6 octobre 2021, respectivement du 8 décembre 2021 du Dr L._____, lequel reprenait les diagnostics posés dans son précédent rapport, tout en indiquant une amélioration fonctionnelle sur le plan physique avec toutefois toujours les mêmes plaintes sur le plan somatique ;
- un rapport du 10 décembre 2020 du Dr N._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, lequel a retenu les diagnostics de dorsolombalgies chroniques non spécifiques favorisées par d'importants troubles statiques et dégénératifs rachidiens, de

probable tendino-bursite de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite avec conflit sous-acromial, de fibromyalgie ainsi que d'un discret syndrome inflammatoire sans signe de rhumatisme inflammatoire associé, tout en relevant que l'arrêt de travail devait être interrompu prochainement, sous réserve d'une évolution favorable de l'épaule droite et préconisant d'éviter, dans la mesure du possible, les activités professionnelles trop physiques ;

- un rapport d'IRM lombaire réalisée le 10 octobre 2022, laquelle a mis en évidence une lombodiscarthrose pluri-étagée sévère sur scoliose lombaire à convexité gauche, associée à des remaniements inflammatoires à plusieurs étages, un rétrécissement plurisegmentaire du canal lombaire, prédominant au niveau L4-L5 (sténose de grade Schizas C), ainsi que plusieurs débords disco-ostéophytiques conflictuels avec les racines nerveuses correspondantes, notamment du côté droit.

Dans un avis du 23 septembre 2024, le SMR a relevé une possible aggravation de l'état de santé de l'assurée dès juin 2023 en lien avec une atteinte de l'épaule gauche ayant nécessité une intervention chirurgicale. Estimant que le dossier ne permettait pas de se prononcer sur les répercussions de cette atteinte, il a sollicité des renseignements complémentaires auprès du Dr M._____, notamment quant à l'évolution de l'épaule gauche depuis juin 2023, aux limitations fonctionnelles actuelles et à l'évolution de la capacité de travail dans une activité adaptée respectant ces limitations.

Le 1^{er} octobre 2024, le Dr M._____ a transmis à l'OAI plusieurs rapports relatifs à la prise en charge de l'épaule gauche de l'assurée :

- un rapport de consultation du 15 mai 2023, lequel relevait des douleurs péri-scapulaires gauches évoluant depuis plusieurs mois ;
- un rapport du 13 juin 2023, lequel constatait l'échec relatif d'une infiltration acromio-claviculaire gauche et préconisait un traitement chirurgical sous la forme d'une résection acromio-claviculaire, d'une acromioplastie et, au besoin, d'une ténotomie en parachute du long chef du biceps ;

- un protocole opératoire du 28 juin 2023, lequel faisait état d'une arthroscopie de l'épaule gauche réalisée pour une tendinopathie chronique du long chef du biceps, un conflit sous-acromial et une arthropathie acromio-claviculaire gauche, comprenant une ténotomie en parachute du long chef du biceps, une acromioplastie et une résection acromio-claviculaire ;
- un rapport de consultation du 11 décembre 2023, lequel décrivait une évolution très favorable six mois après l'intervention, avec l'absence de douleurs au repos et à l'effort, une mobilité complète de l'épaule et une absence de gêne fonctionnelle, le Dr M. _____ considérant le traitement comme terminé.

Dans un avis du 22 octobre 2024, le SMR a retenu qu'une atteinte de l'épaule gauche avait entraîné une aggravation temporaire de l'état de santé de l'assurée entre mai et décembre 2023. Cette atteinte avait nécessité une arthroscopie le 28 juin 2023 avec ténotomie du long chef du biceps, acromioplastie et résection acromio-claviculaire gauche. Toutefois, l'évolution ayant été favorable, avec disparition des douleurs et récupération complète de la mobilité en décembre 2023, il a considéré que cette aggravation était transitoire et maintenait ses précédentes conclusions, à savoir une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle depuis novembre 2020, mais une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles depuis novembre [recte : décembre] 2021.

Par projet de décision du 13 janvier 2025, annulant et remplaçant celui du 28 février 2024, l'OAI a informé l'assurée qu'il comptait lui allouer une rente entière d'invalidité du 1^{er} février au 31 mars 2022. L'OAI a retenu que l'assurée présentait une incapacité totale de travail dans toute activité lucrative du 11 novembre 2020 au 12 décembre 2021. Compte tenu de la demande déposée le 24 août 2021, le versement de la rente ne pouvait toutefois débuter qu'à compter du 1^{er} février 2022, soit six mois après le dépôt de la demande. Se fondant sur les conclusions médicales du SMR, l'OAI a considéré qu'à partir du 13 décembre 2021 l'assurée disposait à nouveau d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée

respectant ses limitations fonctionnelles (absence de port de charges supérieures à 3 kg, de travail avec les bras au-dessus de l'horizontale, de positions statiques prolongées, d'activités en porte-à-faux et de marche prolongée, dans le cadre d'une activité essentiellement sédentaire). Sur le plan économique, l'OAI a procédé à une comparaison des revenus sur la base des données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : l'ESS) et a retenu, après un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidité, un degré d'invalidité de 10 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Le droit à la rente devait ainsi s'éteindre dès le 1^{er} avril 2022, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé. L'OAI a encore examiné une nouvelle atteinte à la santé survenue en mai 2023, ayant entraîné une incapacité totale de travail. Il a toutefois retenu que l'état de santé s'était amélioré avant l'échéance du nouveau délai d'attente d'une année, avec la récupération d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 12 décembre 2023. Le degré d'invalidité calculé pour les années 2023 et 2024 s'élevait respectivement à 10 % puis à 19 %, demeurant inférieur au seuil de 40 % ouvrant le droit à une rente.

Par courrier daté 30 janvier 2025 et posté le 6 février 2025, l'assurée a transmis ses objections à l'encontre du projet de décision précitée, faisant essentiellement valoir qu'elle présentait une incapacité de travail totale.

Par décision du 16 juin 2025, l'OAI a en tout point confirmé son projet de décision du 13 janvier 2025.

B. Par acte daté du 8 juillet 2025 et remis à la Poste le 15 juillet 2025, B._____ a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant implicitement à sa réforme, en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui soit octroyée au-delà du 30 mars 2022. En substance, elle a fait valoir que sa condition physique générale se détériorait progressivement de sorte qu'elle n'était pas en mesure d'exercer une quelconque activité professionnelle.

Dans sa réponse du 23 septembre 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse.

Le 24 octobre 2025, l'assurée a produit un rapport du 17 octobre 2025 de la Dre K._____, laquelle indiquait avoir reçu l'assurée à deux reprises au cours de l'année 2025. En février 2025, l'intéressée avait consulté en raison de douleurs hémithoraciques gauches d'origine musculosquelettique. En juin 2025, la médecin a posé le diagnostic suspecté de céphalées d'Arnold. Par ailleurs, l'assurée avait consulté à plusieurs reprises en [...] en raison de diverses atteintes. Des douleurs au pied avaient conduit à la mise en évidence d'une arthrose. Elle avait également été suivie pour des douleurs de la hanche, ayant nécessité deux infiltrations, ainsi que pour des coxalgies.

Le 14 novembre 2025, l'OAI, se référant à l'avis du SMR du 4 novembre 2025, a considéré que le rapport du 17 octobre 2025 ne modifiait pas l'appréciation de la capacité de travail de l'assurée. Il a derechef conclu au rejet du recours.

En droit :

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

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008

sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGa notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa nouvelle demande du 24 août 2021. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si, par analogie avec l'art. 17 LPGa, l'intimé était en droit de supprimer la rente entière d'invalidité de l'intéressée avec effet au 31 mars 2022.

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^{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. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

b) En l'occurrence, la décision litigieuse, rendue le 16 juin 2025, fait suite à une demande de prestations déposée le 24 août 2021. Le droit à une rente prend ainsi naissance au terme du délai de carence de six mois (art. 29 al. 1 LAI), à savoir au plus tôt en février 2022. Du reste, la décision litigieuse a reconnu le droit de la recourante à une rente d'invalidité limitée dans le temps du 1^{er} février au 31 mars 2022 et la date du début de ce droit n'est pas contestée par la recourante. Ce sont par conséquent les dispositions de la LAI et du RAI dans leur teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022 qui trouvent application.

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) 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).

d) Conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, 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). 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). 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 citées ; 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).

6. En l'espèce, il n'est pas contesté que l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 24 août 2021, procédant à l'instruction du cas sur le plan médical auprès des différents médecins consultés par l'assurée. Sur cette base, l'OAI a retenu que l'intéressée présentait une incapacité totale de travail dans toute activité du 11 novembre 2020 au 12 décembre 2021 en raison d'une atteinte de l'épaule droite ayant nécessité une prise en charge chirurgicale. Il a considéré qu'elle avait ensuite recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 13 décembre 2021. Il a en conséquence reconnu le droit à une rente entière d'invalidité pour une période limitée dans le temps, soit du 1^{er} février (art. 28 al. 1 LAI) au 31 mars 2022 (art. 88a al. 1 RAI). L'OAI a par ailleurs examiné l'atteinte de l'épaule gauche survenue en 2023, mais a considéré que celle-ci n'avait entraîné qu'une aggravation passagère, l'assurée ayant retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée avant l'échéance du délai d'attente d'une année. De son côté, l'assurée conteste cette appréciation et soutient qu'elle demeure en incapacité totale de travail.

7. a) Sur le plan médical, il ressort du dossier que l'assurée souffre de longue date de troubles de l'appareil locomoteur. Les premières pièces médicales versées au dossier faisaient déjà état d'une périarthrite de la hanche gauche (cf. rapport du 29 mars 1994 du Dr C._____), puis de lombopygalgies gauches sur dysfonction sacro-iliaque gauche et périarthropathie de la hanche, associées à des troubles statiques du rachis, des coxa valga bilatérales avec début de coxarthrose gauche ainsi qu'une hanche à ressaut gauche (cf. rapports des 13 mars 1995 du Dr D._____, et 26 janvier 1996 du Dr F._____. Ces atteintes avaient conduit à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} février 1995. Il convient toutefois de relever que, dans le cadre de cette première demande, la question de l'exigibilité d'une activité adaptée n'avait pas fait l'objet d'un examen approfondi. Le Dr D._____ considérait néanmoins déjà que l'assurée disposait d'une capacité de travail de 50 % dans son activité d'employée de maison et qu'une récupération progressive d'une pleine capacité de travail pouvait être attendue dans une activité légère (cf. rapport du 13 mars 1995 du Dr D._____. Les pièces médicales recueillies dans le cadre de la seconde demande ont confirmé la persistance de ces atteintes. Les médecins ont ainsi retenu des lombopygalgies gauches dans un contexte de troubles dégénératifs lombaires étendus, de latérolisthésis lombaire, de dysbalances musculaires prédominant sur la chaîne antérieure, de périarthropathie de la hanche, de coxarthrose débutante gauche et de fibromyalgie (cf. rapports du Dr L._____ des 19 mai et 14 octobre 2021 ; rapports de la Dre K._____ des 16 septembre 2021, 12 janvier 2022 et 15 avril 2024). Une IRM lombaire du 10 octobre 2022 a par ailleurs mis en évidence une lombodiscarthrose pluri-étagée sévère sur scoliose lombaire à convexité gauche, associée à un canal lombaire étroit prédominant en L4-L5 ainsi qu'à plusieurs débords disco-ostéophytiques conflictuels avec les racines nerveuses correspondantes. Les différents rapports des médecins traitants font ainsi état d'une symptomatologie douloureuse persistante malgré les traitements conservateurs entrepris (cf. rapports du Dr L._____ des 19 mai, 6 octobre et 8 décembre 2021 ; rapport de la Dre K._____ du 15 avril 2024). À ces atteintes se sont ajoutées deux affections distinctes des épaules. L'assurée a tout d'abord présenté un syndrome sous-acromial

de l'épaule droite avec déchirure partielle du tendon sus-épineux et bursite sous-acromiale, lequel a nécessité une intervention chirurgicale comprenant une résection arthroscopique de la face inférieure de l'acromion, une résection acromio-claviculaire et une ténotomie en parachute du long chef du biceps. Le Dr M._____ a toutefois état d'une évolution favorable après cette intervention, avec disparition des douleurs et récupération complète de la mobilité lors de la consultation du 13 décembre 2021 (cf. rapport du 16 décembre 2021 du Dr M._____). Une atteinte de l'épaule gauche est ensuite apparue en 2023 sous la forme d'un conflit sous-acromial et d'une arthropathie acromio-claviculaire (cf. rapport du 15 mai 2023 du Dr M._____). Celle-ci a conduit à une arthroscopie avec ténotomie du long chef du biceps, acromioplastie et résection acromio-claviculaire le 28 juin 2023 (cf. protocole opératoire du 28 juin 2023). Là encore, l'évolution postopératoire a été qualifiée de très favorable, les contrôles de décembre 2023 faisant état d'une absence de douleurs, d'une mobilité complète et de l'absence de toute gêne fonctionnelle (cf. rapport du 11 décembre 2023 du Dr M._____).

b) Sur la base de ces éléments, le SMR a considéré dans son compte-rendu du 19 mai 2022 que les atteintes lombaires et de la hanche ne constituaient pas une aggravation nouvelle, mais correspondaient à une problématique ancienne demeurée globalement stationnaire. Il a retenu que seule le trouble de l'épaule droite représentait une nouvelle atteinte justifiant une incapacité totale de travail dans toute activité dès le mois de novembre 2020. Il a toutefois estimé que cette atteinte avait favorablement évolué après l'intervention chirurgicale du 11 mai 2021, ce qui permettait de retenir dès le 13 décembre 2021 une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, à savoir une activité légère et essentiellement sédentaire, ne nécessitant ni le port de charges supérieures à 3 kg, ni le travail avec les bras au-dessus de l'horizontale, ni le maintien prolongé de positions statiques au-delà de 30 minutes, ni des activités en porte-à-faux ou impliquant une marche prolongée. Dans son avis du 22 octobre 2024, le SMR a également examiné la problématique de l'épaule gauche. Il a admis que celle-ci avait entraîné une aggravation temporaire entre mai et décembre 2023. Il a cependant relevé que les

constatations du Dr M._____ du 11 décembre 2023 faisaient état d'une récupération complète de la fonction de l'épaule et d'une disparition des douleurs. Il a dès lors considéré que cette aggravation était transitoire et a confirmé ses conclusions antérieures, à savoir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis décembre 2021.

c) Les conclusions du SMR emportent la conviction. D'une part, les constatations du Dr M._____ permettent de retenir que les atteintes des épaules n'entraînent pas d'incapacité de travail durable. S'agissant de l'épaule droite, ce spécialiste a constaté, lors du contrôle du 13 décembre 2021, que celle-ci n'était plus douloureuse, que la mobilité était complète et symétrique et que la palpation de l'articulation ne provoquait aucune douleur (cf. rapport du 16 décembre 2021 du Dr M._____). Ces constatations objectives permettaient à l'intimé de retenir une amélioration de l'état de santé dès le 13 décembre 2021 et de considérer que l'incapacité de travail liée à cette atteinte avait pris fin à cette date. S'agissant de l'épaule gauche, après l'arthroscopie du 28 juin 2023 avec ténotomie du long chef du biceps, acromioplastie et résection acromio-claviculaire, le Dr M._____ a relevé une évolution très favorable, caractérisée par une absence de douleurs au repos et à l'effort, une mobilité complète et l'absence de toute gêne fonctionnelle, considérant le traitement comme terminé (cf. rapport du 11 décembre 2023 du Dr M._____). L'intimé était ainsi également fondé à retenir une amélioration de l'état de santé en décembre 2023 et à considérer que l'aggravation liée à l'épaule gauche n'avait été que transitoire.

D'autre part, les atteintes lombaires et de la hanche apparaissent compatibles avec l'exercice d'une activité adaptée. À cet égard, le Dr L._____ a indiqué qu'une activité adaptée de type bureautique pouvait être exercée à 100 %, moyennant l'évitement des positions statiques prolongées au-delà de 30 minutes, du travail avec les bras au-dessus de l'horizontale et des activités en porte-à-faux (cf. rapport du 14 octobre 2021). De même, le Dr N._____ a estimé qu'une reprise d'activité devait être envisagée sous réserve de l'évolution de l'épaule droite, les activités trop physiques devant simplement être évitées dans la

mesure du possible (cf. rapport du 10 décembre 2020). Ces appréciations concordent avec les conclusions du SMR selon lesquelles les atteintes lombaires, de la hanche et la fibromyalgie demeurent compatibles avec une activité légère et adaptée aux limitations fonctionnelles retenues. En outre, les limitations fonctionnelles retenues par le SMR, à savoir l'absence de port de charges supérieures à 3 kg, de travail avec les bras au-dessus de l'horizontale, de positions statiques prolongées au-delà de 30 minutes, d'activités en porte-à-faux et de marche prolongée, rejoignent pour l'essentiel celles retenues par le Dr L._____ dans son rapport du 14 octobre 2021, lequel préconisait également d'éviter les postures statiques prolongées, le travail avec les bras au-dessus de l'horizontale ainsi que les activités en porte-à-faux.

Enfin, les rapports établis par la Dre K._____ les 16 septembre 2021, 12 janvier 2022 et 15 avril 2024 ne permettent pas de susciter un quelconque doute quant au bien-fondé des conclusions du SMR. Certes, cette médecin atteste une incapacité de travail de 100 % depuis novembre 2020. Toutefois, son appréciation repose principalement sur les douleurs et les plaintes subjectives rapportées par l'assurée. Elle ne se prononce pas concrètement sur la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée et n'expose pas pour quels motifs les atteintes lombaires et de la hanche feraient obstacle à l'exercice d'une telle activité. En outre, elle ne met pas en évidence d'éléments médicaux objectifs susceptibles de remettre en cause les constatations du Dr L._____, lequel estimait qu'une activité de type bureautique demeurerait exigible à plein temps (cf. rapport du 14 octobre 2021).

d) Pour le reste, le rapport du 17 octobre 2025 de la Dre K._____, produit par la recourante dans le cadre de son recours, n'est pas susceptible de modifier cette appréciation. En effet, La Dre K._____ a indiqué que l'assurée l'avait consultée à deux reprises en 2025 pour des douleurs hémithoraciques d'origine musculosquelettique probable, une suspicion de céphalées d'Arnold ainsi que des douleurs au niveau du pied et de la hanche ayant donné lieu à des consultations en [...]. Ce rapport se limite toutefois essentiellement à relater les plaintes de l'assurée et les

traitements qui lui ont été prescrits. Il ne contient aucune appréciation de la capacité de travail ni n'explique en quoi ces atteintes seraient susceptibles d'entraîner des limitations fonctionnelles supplémentaires dans une activité adaptée. Par ailleurs, la coxarthrose mentionnée correspond à une atteinte déjà connue au dossier. Quant aux autres troubles évoqués, ils n'apparaissent pas avoir donné lieu à une prise en charge significative, mais uniquement à des séances de physiothérapie, d'acupuncture ou à des infiltrations.

e) Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimé s'est fondé sur les conclusions du SMR pour retenir que l'atteinte de l'épaule droite avait entraîné une incapacité totale de travail limitée dans le temps jusqu'au 13 décembre 2021, date à laquelle l'assurée avait retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Il en va de même de l'atteinte de l'épaule gauche, laquelle n'avait provoqué qu'une aggravation temporaire entre mai et décembre 2023 avant d'évoluer favorablement, six mois après l'intervention chirurgicale du 28 juin 2023. Dès lors, il convient de retenir que l'assurée dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 13 décembre 2021, sous réserve d'une incapacité de travail transitoire liée à l'atteinte de l'épaule gauche entre mai et décembre 2023.

8. Sur le plan économique, la recourante ne soulève aucun grief à l'encontre du calcul du degré d'invalidité opéré par l'office intimé. Il convient toutefois de procéder, d'office, à sa vérification.

a) aa) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité la personne assurée aurait effectuée si elle était restée en bonne santé. On se

référer en règle générale à l'ESS publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS).

bb) On procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité 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 (ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1 126 V).

cc) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en principe de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

dd) Sous l'ancien droit, la jurisprudence admettait de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour tenir compte du fait que la personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité était nécessaire (ATF 148 V 174 consid. 6.3 ; 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

Selon l'art. 26^{bis} al. 3 RAI, dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2023, si du fait de l'invalidité, les capacités fonctionnelles de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 1^{bis} RAI ne lui permettent de travailler qu'à un taux d'occupation de 50 % ou moins, une déduction de 10 % pour le travail à temps partiel est opérée sur la valeur statistique. Le Tribunal fédéral a estimé que cette disposition réglementaire était contraire au système légal et que, lorsque le revenu avec invalidité est déterminé sur la base de données statistiques, il convient d'examiner également la pertinence d'un éventuel abattement dû à l'atteinte à la santé conformément à la jurisprudence en vigueur avant le 1^{er} janvier 2022 (ATF 150 V 410 consid. 9 et 10).

Selon l'art. 26^{bis} al. 3 RAI dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2024, édicté sur la base de l'art. 28a al. 1 LAI, une déduction de 10 % est opérée sur la valeur statistique visée à l'al. 2. Si, du fait de l'invalidité, l'assuré ne peut travailler qu'avec une capacité fonctionnelle au sens de l'art. 49 al. 1^{bis} RAI de 50 % ou moins, une déduction de 20 % est opérée. Aucune déduction supplémentaire n'est possible.

b) En l'espèce, la recourante dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 13 décembre 2021. Dans la mesure où la demande de prestations a été déposée le 24 août 2021, un éventuel droit à la rente ne peut toutefois prendre naissance qu'à l'échéance du délai de six mois prévu par l'art. 29 al. 1 LAI, soit le 1^{er} février 2022. L'année déterminante pour la comparaison des revenus est dès lors l'année 2022.

aa) La recourante n'exerçant plus d'activité lucrative depuis 2020 et n'ayant pas repris d'activité dans une profession adaptée à son état de santé, c'est à juste titre qu'il convient de se référer aux données statistiques de l'ESS. Le salaire de référence pour des femmes exerçant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services) était, en 2022, de 4'367 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2022, tableau TA1_skill-level, niveau de compétence 1), soit 54'631 fr. 17 par an compte tenu de la durée hebdomadaire de travail dans

les entreprises de 41,7 heures (cf. tableau « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique », établi par l'OFS). Le revenu avec invalidité doit être fixé sur la base de cette même valeur statistique dès lors que la recourante dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Compte tenu des limitations fonctionnelles retenues, l'abattement de 10 % appliqué par l'intimé ne prête pas le flanc à la critique. Le revenu avec invalidité s'élève ainsi à 49'108 fr. 05. La comparaison des revenus fait apparaître une perte de gain de 5'463 fr. 12, correspondant à un degré d'invalidité de 10 %.

bb) Il convient ensuite d'examiner la situation à compter du 1^{er} janvier 2024, compte tenu de l'entrée en vigueur de l'art. 26^{bis} al. 3 RAI. En actualisant le revenu statistique de référence à l'année 2024 selon l'évolution des salaires nominaux (indexation de 1,8 % en 2023 et de 2,6 % en 2024 ; cf. tableau T39 « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 2010-2024 »), le revenu sans invalidité s'élève à 57'060 fr. 51. Après application de la déduction forfaitaire de 10 % prévue par l'art. 26^{bis} al. 3 RAI, le revenu avec invalidité atteint 51'354 fr. 46. Il en résulte une perte de gain de 5'707 fr. 05 et un degré d'invalidité de 10 %.

c) À l'issue du délai d'attente d'une année fixé par l'intimé au 1^{er} janvier 2021, sur la base d'une incapacité de travail moyenne de 40 % au moins durant l'année précédente, la recourante présentait une incapacité de travail totale dans toute activité. La demande de prestations n'ayant toutefois été déposée que le 24 août 2021, le droit à la rente ne pouvait prendre naissance qu'à l'échéance du délai de six mois prévu à l'art. 29 al. 1 LAI, soit le 1^{er} février 2022. Il a cependant été établi que l'état de santé de la recourante s'était amélioré à compter du 13 décembre 2021, date à laquelle elle avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. La comparaison des revenus effectuée fait alors apparaître un degré d'invalidité de 10 %, insuffisant pour ouvrir ou maintenir le droit à la rente, faute d'atteindre le seuil minimal de 40 % (28 al. 1 let. c LAI). Dès lors que cette amélioration est intervenue avant même la naissance du droit à la rente et qu'elle s'est maintenue de manière durable, c'est à juste titre

que l'intimé a reconnu à la recourante le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} février au 31 mars 2022, puis a supprimé cette prestation avec effet au 1^{er} avril 2022, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé (art. 88a al. 1 RAI). Certes, la recourante a présenté une nouvelle atteinte à l'épaule gauche en 2023, laquelle a entraîné une incapacité de travail temporaire. Toutefois, cette aggravation n'a pas duré suffisamment longtemps pour ouvrir un nouveau droit à la rente, dès lors qu'elle a cessé avant l'écoulement du délai d'attente d'une année prévu à l'art. 28 al. 1 let. b LAI. Enfin, même en tenant compte de la nouvelle réglementation introduite à l'art. 26^{bis} al. 3 RAI dès le 1^{er} janvier 2024, le degré d'invalidité de la recourante demeure de 10 %, soit largement en dessous du seuil ouvrant le droit à une rente.

9. a) Il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGa) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGa), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins (TF 9C_177/2023 du 26 mars 2024 et la référence citée). L'examen – et, cas échéant, l'exécution – des éventuelles mesures constituent alors une condition de la suppression (ou réduction) de la rente, cette suppression (ou réduction) ne pouvant prendre effet antérieurement (TF 9C_707/2018 du 26 mars 2019 consid. 5.1 et les références citées). Cette jurisprudence, qui est également applicable lorsque l'on statue sur la limitation et/ou l'échelonnement en même temps que sur l'octroi de la rente (ATF 145 V 209 consid. 5), ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis ; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente (TF 9C_177/2023 loc. cit.). Dans de telles situations, les organes de l'assurance-invalidité doivent vérifier dans quelle mesure l'assuré a besoin de la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel, même si ce dernier a recouvré une capacité de travail et indépendamment du taux d'invalidité qui subsiste. Des exceptions ont déjà été admises lorsque la personne

concernée avait maintenu une activité lucrative malgré le versement de la rente – de sorte qu'il n'existait pas une longue période d'éloignement professionnel – ou lorsqu'elle disposait d'emblée de capacités suffisantes lui permettant une réadaptation par soi-même (TF 9C_291/2023 du 30 janvier 2024 consid. 7.2 et les références). Pour déterminer si l'âge de référence de 55 ans est atteint, il faut se fonder sur le moment du prononcé de la décision (ATF 148 V 321 consid. 7.3).

b) En l'occurrence, la recourante, née le ***1963, était âgée de plus de 55 ans au moment de la décision du 16 juin 2025 lui octroyant une rente d'invalidité de durée limitée dans le temps. Au vu des principes développés ci-avant, elle appartient à la catégorie d'assurés dont il convient de présumer qu'ils ne peuvent en principe pas entreprendre une réadaptation par eux-mêmes pour tirer profit de leur capacité de travail résiduelle. La recourante a donc théoriquement droit à ce que le besoin de mesures de réadaptation soit examiné avant la suppression de son droit à la rente. À cet égard, il convient de relever que l'intimé a procédé à un tel examen. En effet, par communication du 19 avril 2023, il a pris en charge une mesure d'orientation professionnelle sous la forme d'un examen des professions possibles – section cuisine auprès d'E._____, du 18 avril au 17 juin 2023. Cette mesure était destinée à évaluer concrètement les possibilités de réadaptation de l'assurée compte tenu de ses limitations fonctionnelles. Elle a toutefois été interrompue le 2 mai 2023 en raison de l'état de santé de la recourante. En outre, il convient de constater qu'en raison de sa pleine capacité de travail médico-théorique, de son absence de formation et de son âge, les mesures de réadaptation susceptibles d'entrer en ligne de compte se limitent concrètement à celles pouvant être octroyées dans le cadre de l'aide au placement. Or dans sa décision du 16 juin 2025, l'office intimé a communiqué à la recourante la possibilité qui lui était offerte de bénéficier d'une aide au placement sur demande écrite et motivée.

10. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée confirmée.

11. a) 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 recourante, vu le sort de ses conclusions.

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

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 16 juin 2025 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 B._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- B. _____,
- 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 :