

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 août 2024

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Berberat et Mme Gauron-Carlin, juges
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

H. _____, à [...], recourante, représentée par Me Fabrice Coluccia, avocat
à Genève,

et

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

Art. 17 LPGA ; 28 LAI

E n f a i t :

A. H._____, née le [...] 1963, d'origine [...], mariée et mère de trois enfants majeurs, est arrivée en Suisse en 1994. Sans formation professionnelle, elle a travaillé comme employée d'entretien pour le compte de l'entreprise O._____SA de mars 1999 à avril 2002, puis a bénéficié d'indemnités de l'assurance-chômage.

Le 18 avril 2005, elle a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), sollicitant l'octroi d'une rente, en indiquant souffrir, depuis 2003-2004, d'une hernie discale.

Le 13 mai 2005, l'assurée a mentionné qu'en bonne santé, elle travaillerait comme femme de ménage à 100 % pour des raisons financières et qu'elle n'aurait pas cessé de travailler si elle n'avait pas été malade.

Son dossier médical comprend les éléments suivants :

- un rapport établi le 19 avril 2005 par le Dr C._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, qui a diagnostiqué une lombosciatique L5 droite déficitaire sur un plan sensitif et moteur, une hernie discale paramédiane droite L5-S1 en contact avec la racine S1, un excès pondéral (BMI 29,4 kg/m²) ainsi qu'un état dépressif anamnestique. Il était d'avis que d'un point de vue somatique, l'incapacité de travail d'alors était défendable notamment au vu de l'existence d'une sciatique déficitaire L5 droite et qu'une fois le traitement idoine prodigué à la patiente, il n'était pas exclu qu'elle puisse reprendre une activité professionnelle adaptée, à savoir une activité où elle ne devrait pas porter de charges et où elle aurait la possibilité de changer de position ;
- une IRM lombaire effectuée le 13 juillet 2005, laquelle avait permis de confirmer la présence d'une hernie paramédiane L5-S1 droite, corroborant les constatations d'une précédente IRM lombaire du 16

décembre 2003, et de constater une régression de la taille de la hernie ainsi que de l'effet de masse associé sur la racine S1 droite ;

- un avis du 12 septembre 2005 du Dr G._____, chef de clinique adjoint auprès du Service universitaire de neurochirurgie, au Centre hospitalier X._____, ([...]), qui, se référant à l'IRM lombaire du 13 juillet 2005, confirmait la symptomatologie mixte de radiculopathie L5-S1 D avec l'existence d'une hernie discale paramédiane S1 D et proposait d'effectuer une électromyographie (EMG), avant tout traitement chirurgical ;

- un rapport établi le 27 novembre 2005 par le Dr S._____, médecin traitant de l'assurée, qui a retenu une lombosciatique L5 droite avec déficit sensitivomoteur sur hernie discale paramédiane droite L5-S1 en contact avec la racine S1, un épisode dépressif majeur et une obésité (BMI 32 kg/m²) comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail. Selon le praticien, l'état de santé de l'assurée était stationnaire et il n'y avait pas de mesures professionnelles à proposer. Il estimait que l'incapacité de travail dans l'activité exercée jusque-là était totale mais qu'une capacité de travail était exigible dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : éviter le port de charges et les longues stations dans la même position. Le Dr S._____ précisait toutefois que la reprise d'une activité professionnelle, compte tenu du peu de choix à disposition (niveau de formation scolaire obligatoire, problème de langue) était, au jour du rapport, restreinte au maximum, précisant que même la reprise d'une activité, par exemple, de caissière était, en l'état, inconcevable.

L'OAI a mis en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire auprès du Centre d'expertise V._____ ([...]). L'assurée a été examinée le 26 janvier 2006 par les Drs P._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Le Centre d'expertise V._____ a établi un rapport d'expertise le 20 février 2006, signé par les médecins prénommés. Ceux-ci ont posé le

diagnostic de lombosciatalgie chronique séquellaire à une hernie discale L5-S1. Appréciant globalement la situation et se déterminant quant au pronostic, les médecins du Centre d'expertise V._____ ont retenu que l'activité exercée jusque-là par l'intéressée n'était plus exigible sur le plan physique, tenant compte des limitations fonctionnelles (pas de port de charges supérieures à 15 kg non répétitif les bras proches du corps ou supérieures à 5 kg répétitif et pas de positions incommodes prolongées) ; la capacité de travail était toutefois entière, sur les plans somatique et psychique, dans une activité adaptée. Les experts ont encore noté que l'assurée connaissait des difficultés à s'adapter à la Suisse car elle n'avait pas fait l'effort d'apprendre suffisamment la langue française pour être autonome.

Selon l'enquête ménagère réalisée au domicile de l'assuré le 25 août 2006, il n'existait aucun empêchement dans la tenue du ménage, dans la mesure où le statut devant être reconnu était celui d'active à 100 %. Il était précisé que l'assurée n'effectuait que des tâches légères au sein du ménage (cf. rapport d'enquête économique sur le ménage du 27 septembre 2006).

Par décision du 13 décembre 2006, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée, dès lors qu'après comparaison des revenus, son taux d'invalidité s'élevait à 4,6 %, de sorte que le droit aux prestations n'était pas ouvert.

B. Par acte du 29 janvier 2007, H._____ a recouru contre cette décision, en concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité entière.

Par jugement du 3 juin 2008 (cause AI 350/07 - 209/2008), le Tribunal des assurances (désormais Cour des assurances du Tribunal cantonal) a rejeté le recours, en retenant en particulier ce qui suit (consid. 6) :

« 6. A l'appui de son recours, l'assurée se fonde sur l'avis de son médecin traitant, le Dr S._____. En plus de ses griefs quant à la partialité du Centre d'expertise V._____, elle estime que la prise

de position du SMR [service médical régional AI], qui repose sur les constatations des experts du Centre d'expertise V._____, ne saurait l'emporter face à celui de son médecin traitant.

En l'espèce, il ressort de l'instruction que la recourante doit être considérée comme active à 100 %. Le rapport établi par le Centre d'expertise V._____ le 20 février 2006 démontre que l'assurée souffre de lombosciatalgie chronique séquellaire à hernie discale L5-S1, justifiant une restriction de charges et de postures inconfortables prolongées. Cela étant, les experts du Centre d'expertise V._____ ne mettent en évidence aucun trouble somatique, entravant la capacité de travail et de gain de la recourante de manière importante. L'affection précitée n'ayant pas pour autant occasionné une invalidité permanente, la capacité de travail est entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles. Par ailleurs, selon les experts, le tableau clinique ne comporte pas plus d'éléments pertinents au plan psychiatrique. En tant que les facteurs socioculturels jouent un rôle majeur dans le cas d'espèce, les troubles psychiques présentés par l'assurée n'influencent pas de manière autonome sa capacité de travail et n'excluent ainsi pas toute mise en valeur de sa capacité de travail.

Le fait que la Dresse [...] du SMR ait retenu dans son appréciation de l'expertise que la capacité de travail dans l'ancienne activité de nettoyeuse est encore de 50 % et non pas nulle comme le retient le Centre d'expertise V._____ est sans effet sur le sort de l'affaire, dès lors que la capacité est entière dans une activité adaptée et que la décision se fonde sur la comparaison des revenus, qui n'est pas critiquable. Les constatations quant à l'atteinte à la santé et l'appréciation du Centre d'expertise V._____ quant à la capacité de travail sont pertinentes et doivent être confirmées.

Il appert également que les facteurs psycho-sociaux et socio-culturels ne sont pas invalidants en eux-mêmes, mais ne doivent être pris en compte que lorsqu'ils exacerbent les effets d'une pathologie avérée (ATF 127 V 294 consid. 5). Le manque de qualifications et le défaut de connaissances linguistiques de l'assuré ne constituent pas davantage des facteurs dont il doit être tenu compte pour la fixation du taux d'invalidité (ATF 107 V 17 consid. 2c, RCC 1982 p. 34).

Au demeurant, s'agissant du médecin traitant de l'assurée, ses constatations doivent être prises avec réserve vu sa relation de thérapeute, et ne sauraient l'emporter sur l'avis des experts résumé plus haut.

Vu ce qui précède, le taux de capacité de travail retenu par l'OAI, qui est total dans une activité adaptée, n'apparaît pas critiquable, et doit être confirmé. »

C. Le 5 mars 2019, H._____ a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, en indiquant être en incapacité de travail totale depuis juillet 2018, en raison d'une « douleur au genou ». Elle

précisait travailler comme employée d'entretien au taux de 23,26% pour le compte d'O. _____ SA depuis 2009.

Selon l'extrait du compte individuel (CI) du 18 mars 2019, l'assurée a perçu un revenu de 15'818 fr. en 2017.

Dans le questionnaire pour l'employeur complété le 16 avril 2019, il était précisé que l'assurée travaillait 10 heures par semaine au tarif horaire de 22 fr. 60 depuis le 1^{er} septembre 2016.

Sur le formulaire de détermination du statut complété le 29 avril 2019, l'assurée a indiqué travailler environ 10 heures par semaine car son employeur ne lui avait pas accordé plus d'heures, malgré ses demandes.

Dans un rapport du 6 juillet 2019, le Dr M. _____, spécialiste en rhumatologie, a mentionné les diagnostics de gonarthrose droite avec fissure sous chondrale condylienne médiale (ou ostéonécrose) et de syndrome dépressif. Un rapport IRM du 9 août 2018 du genou droit de l'assurée, joint au document précité, faisait état d'une petite fracture cortico-sous-corticale du condyle fémoral médial de bon pronostic, associée localement à une chondropathie focale grade IV du condyle et une probable déchirure traumatique sur fond dégénératif de la corne postérieure du ménisque médial, d'une synovite réactionnelle modérée, d'une chondropathie diffuse fémoro-tibiale médiale grade II, ainsi que d'une chondropathie grade I de la crête patellaire.

Une IRM lombo-sacrée a été réalisée le 7 juin 2019, laquelle a mis en évidence un discret rétrolisthesis de L5 sur S1 et une discopathie avec protrusion médiane venant au contact de la partie récessale des racines S1 des deux côtés (possible effet irritatif), une discarthrose inflammatoire en D12-L1 et une petite hernie discale paramédiane gauche légèrement luxée caudalement sans effet compressif sur le contenu du sac dural et de l'arthrose postérieure prédominant en L4-L5.

Dans un rapport du 18 juin 2019 à K._____, assureur perte de gain de l'employeur, le Dr A._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a fait état de lombalgies ainsi que de douleurs et paresthésies aux deux pieds, tout en précisant que le bilan était en cours afin de confirmer ou non des névralgies de Morton. Il a encore indiqué que la patiente était en incapacité de travail totale dans toute activité depuis le 29 mai 2019 et que subjectivement, toutes les positions étaient douloureuses avec parfois des lâchages des deux membres inférieurs.

Dans un rapport du 14 juillet 2019 à l'OAI, le Dr S._____ a posé les diagnostics avec une répercussion sur la capacité de travail de petite fracture cortico-sous-corticale du condyle fémoral médial droit, de chondropathie focale grade IV du condyle droit, de chondropathie diffuse fémoro-tibiale médiale grade II, ainsi que de chondropathie grade I de la crête patellaire. A titre de status correspondants, il a évoqué des gonalgies bilatérales, des lombalgies et une marche avec flexum du genou droit. Le Dr S._____ a précisé que l'assurée avait subi une arthro-infiltration du genou droit le 6 juillet 2018 et a mentionné une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de femme de ménage du 30 juillet au 25 novembre 2018 et de 60% dans une activité adaptée dès le 30 juillet 2018. Il a encore précisé que sa patiente souffrait de dépression sans bénéficier de prise en charge spécialisée.

K._____ a confié la réalisation d'une expertise au Dr N._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie. Dans son rapport du 16 septembre 2019, ce médecin a posé les diagnostics de gonarthrose sévère droite, de suspicion d'un syndrome de Morton bilatéral et d'obésité. Il a estimé que dans l'attente du résultat du traitement préconisé (infiltrations d'acide hyaluronique, respectivement pose d'une prothèse totale du genou droit en cas d'échec), la capacité de travail était nulle dans toutes les professions.

Dans un rapport du 22 octobre 2019, le Dr C._____ a posé le diagnostic de gonalgies droites chroniques dans le cadre d'une gonarthrose à prédominance fémoro-tibiale interne avec chondropathie fémoro-patellaire et déchirure des cornes antérieures et postérieures du ménisque interne sans épanchement intra-articulaire et sans signe d'instabilité ligamentaire avec une mobilité normale. Ce médecin n'a pas constaté de problèmes particuliers au niveau rhumatologique et a confirmé que la patiente nécessitait un suivi orthopédique.

A la requête du SMR, le Dr A._____ a indiqué, le 17 mars 2020, que sa patiente souffrait de gonarthrose à droite, de déchirure complexe du ménisque médial à droite et de névrome de Morton orteils 2-3 à droite. Il a ajouté, à titre de limitations fonctionnelles, d'éviter de longues marches, le port de charges supérieures à 15 kg, les échelles et le port de chaussures de sécurité. La capacité de travail était nulle tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

Le Dr S._____ a, quant à lui, répondu au SMR le 20 décembre 2020 que l'assurée présentait des gonalgies droites chroniques dans le cadre d'une gonarthrose, que l'état de santé de sa patiente depuis son dernier rapport de juillet 2019 était stable, qu'il avait sollicité l'avis d'un autre spécialiste, que la patiente n'avait pas de suivi psychiatrique, qu'aucune atteinte de ce registre ne participait à l'incapacité de travail, qu'il n'y avait pas de nouvelles limitations fonctionnelles depuis son précédent rapport et que la capacité de travail de l'assurée était nulle depuis 2019 dans l'activité habituelle et de 60% dans une activité adaptée.

Dans un rapport du 15 mars 2021, le Dr J._____ du SMR a mentionné que les Drs A._____, S._____ et N._____ s'accordaient sur une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle depuis que les gonalgies s'étaient péjorées. Sur le plan de la capacité de travail dans une activité adaptée, seul le Dr S._____ s'était exprimé. Le Dr J._____ a relevé que le Dr S._____ avait, de manière constante, apprécié la capacité de travail de l'assuré à 60% dans une telle activité au regard de

l'ensemble des atteintes. Son appréciation lui apparaissait cohérente avec les lésions objectivées, la demande de soins depuis 2019 et un traitement antalgique qui restait limité en raison d'une allergie aux AINS [anti-inflammatoires non stéroïdens] grade IV documentée. Enfin, il n'y avait pas d'éléments démontrant qu'une intervention chirurgicale pourrait permettre d'augmenter la capacité de travail dans une activité adaptée de façon significative. Le Dr J. _____ s'est ainsi rallié à l'appréciation du Dr S. _____ en concluant à une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée depuis juillet 2018.

Dans un rapport final du 29 mars 2021, le service de réinsertion professionnelle de l'OAI a considéré qu'aucune mesure n'était susceptible de réduire le préjudice économique (absence de formation, manque de prérequis pour entreprendre une formation certifiante, mesure refusée en 2019) et qu'il n'y avait pas non plus lieu d'octroyer une aide au placement pour les mêmes raisons. Selon le calcul du salaire exigible, il résultait un préjudice économique de 32,29% en tenant compte d'un revenu sans invalidité de 46'444 fr. 50 selon le rapport employeur du 30 avril 2019 et un revenu avec invalidité de 31'448 fr. 80 selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) TA 1, niveau de compétence 1, année 2018, après indexation à 2019 et prise en compte d'un abattement de 5% en raison de l'âge de l'assurée.

Aux termes d'un rapport d'enquête économique sur le ménage du 28 septembre 2021, l'évaluatrice a proposé un statut de 30% active et de 70% ménagère. Elle a motivé sa proposition en expliquant que dès son arrivée en Suisse, l'assurée avait toujours travaillé à temps partiel afin d'avoir son propre argent et, partant, une indépendance financière. Celle-ci avait débuté une activité d'employée d'entretien à 30% (12,5 heures par semaine) réduite ensuite par l'employeur à 10 heures par semaine afin de limiter les charges sociales. Ce n'était pas un choix de l'assurée qui avait toujours demandé à augmenter son taux d'activité auprès de son employeur. Cependant, celle-ci n'avait pas cherché d'activité complémentaire auprès d'un autre employeur. L'évaluatrice a retenu des empêchements à hauteur de 19,4% (de 100%) pour la part ménagère.

La permanence juriste de l'OAI a confirmé, dans un compte rendu du 6 octobre 2021, que le statut proposé par l'évaluatrice pouvait être suivi, même si un statut de 100% active avait été reconnu à l'époque à l'assurée.

Par projet du 6 octobre 2021, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser l'octroi d'une rente, compte tenu d'un taux d'invalidité global de 23,26% (9,68% dans la part active et 13,58% dans la part ménagère), soit inférieur au taux de 40% ouvrant le droit à une telle rente.

L'assurée, désormais représentée par Me Fabrice Coluccia, a fait part de ses observations au projet de décision le 12 novembre 2021, en contestant le taux de 60% retenu dans une activité adaptée, l'abattement de 5% ainsi que le résultat de l'enquête ménagère.

Le 21 novembre 2021, le Dr S. _____ s'est adressé à l'OAI, afin de lui faire savoir que la situation de sa patiente s'était aggravée. Il a mentionné une nette péjoration de la gonarthrose droite avec désormais un flexum probablement irréductible, facteur négatif dans la perspective de la pose d'une prothèse totale de genou, une aggravation du déconditionnement global au décours d'une infection par SARS-CoV-2 en août 2021 avec composante pulmonaire et une position debout prolongée impossible en raison des lombalgies et gonalgies.

Le 15 décembre 2021, l'assurée, par son conseil, a confirmé présenter une incapacité totale de travail et de nombreuses limitations fonctionnelles, estimant indispensables des mesures d'instruction complémentaires.

A la requête du SMR, le Dr S. _____ lui a fait savoir le 30 mars 2022 que la pose d'une prothèse totale du genou n'était pas programmée, que la patiente n'était pas suivie par un pneumologue, ni par un psychiatre, ni par un neurologue. S'agissant des limitations fonctionnelles, le Dr S. _____ a indiqué de se référer à son rapport du 21 novembre

2021. En outre, il n'était pas en mesure de répondre à la question de savoir quelle serait la capacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles décrites.

Dans un rapport de CT scan des coronaires du 21 février 2022, le Dr D._____, spécialiste en radiologie, a conclu à une coronaropathie calcifiante avec une large plaque à cheval sur la distalité du tronc commun et le départ de l'IVA [interventriculaire antérieure], avec un rétrécissement à la limite du significatif au départ de cette dernière. Une autre large plaque sur le segment moyen de l'IVA était visible, sans sténose significative. En outre, quelques petites calcifications non sténosantes étaient présentes sur la coronaire droite. Une hernie hiatale était également mentionnée.

Dans un rapport relatif à un CT scan cardiaque effectué le 21 février 2022, la Dre Q._____ a indiqué que le scanner cardiaque montrait principalement une athéromatose calcique sur une artère interventriculaire antérieure ostiale, à cheval également sur le tronc commun distal et la coronaire droite proximale, engendrant cependant des rétrécissements inférieurs à 30% (sur l'artère interventriculaire antérieure) avec l'absence totale de plaque molle. L'origine et la trajectoire des trois vaisseaux épicardiques étaient normales, avec une dominance droite. En conclusion, elle laissait le soin à la Dre F._____, spécialiste en cardiologie, de considérer l'introduction de l'Aspirine Cardio, tout en tenant compte que la patiente présentait des facteurs de risques cardiovasculaires importants avec un jeune âge et déjà des plaques calciques sur des sites stratégiques, tels que le tronc commun distal et l'artère interventriculaire antérieure proximale.

Par avis du 7 juillet 2022, le Dr J._____ du SMR a proposé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire avec volets psychiatrique, pneumologique, rhumatologique et de médecine interne. Les experts devaient en particulier se prononcer sur l'évolution de la capacité de travail dans une activité adaptée et, plus particulièrement depuis août 2021, les conclusions du SMR pour la période de juillet 2018 à août 2021

restant inchangées (capacité de travail de 60% dans une activité adaptée).

Les Drs T._____, spécialiste en rhumatologie, W._____, spécialiste en médecine interne générale, R._____, spécialiste en pneumologie et L._____, spécialiste en psychiatre et psychothérapie, tous experts auprès de Centre d'expertise V._____, SA (ci-après : Centre d'expertise B._____), ont rendu leur rapport le 7 février 2023. Ils ont posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de gonarthrose tricompartmentale du genou droit (M17.0), d'aponévrosite plantaire à droite (M72.2), de lombalgies sans irradiation dans les membres inférieurs au jour de l'expertise sur discopathie et hernie discale (M54.45), de trouble dépressif récurrent, épisode moyen, avec syndrome somatique (F33.1), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation du tabac (F17) et ceux sans effet sur la capacité de travail de pied plat valgus avec hallux valgus bilatéral, d'arthrose des doigts avec nodosité d'Heberden sur les articulations interphalangiennes distales, de bronchite chronique tabagique (J41.0), de troubles du sommeil (G47.9), d'hypertension artérielle (I10), d'intolérance aux AINS, d'obésité avec un BMI à 34,8 (E66), d'hypercholestérolémie (E78) et d'athéromatose coronarienne sans sténose significative (I25.5). Ils ont, au terme de leur évaluation consensuelle, estimé que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis le 30 juillet 2018 et qu'elle était de 60% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles rhumatologiques (pas d'efforts de soulèvement de charges de plus de 5 kg à partir du sol, pas de porte-à-faux du buste, port de charges proche du but limité à 5 kg, pas de marche prolongée, ni de piétinement prolongé, pas de montée et de descente d'escaliers, pas de position à genoux ou accroupie, pas de travail en hauteur), psychiatriques (horaires réguliers entrecoupés de courtes pauses et pas de travaux nécessitant des prises de décisions importantes) et sur le plan pulmonaire (éviter de travailler au froid ou avec des irritants respiratoires) depuis le 30 juillet 2018 également.

Dans un avis du 10 février 2023, le Dr J._____ du SMR a proposé de suivre les conclusions des experts de Centre d'expertise

B._____ en retenant une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle depuis le 30 juillet 2018 et de 60% dans une activité adaptée depuis cette même date et les limitations fonctionnelles mentionnées par les experts.

Le service de réinsertion professionnelle de l'OAI a procédé au calcul du salaire exigible le 8 mars 2023. Il a retenu un revenu sans invalidité de 46'444 fr. 50 en se fondant sur le rapport employeur du 30 avril 2019 et un revenu avec invalidité de 29'793 fr. 60 en se fondant sur l'ESS TA1, niveau de compétence 1, année 2018 indexé à 2019, adapté à l'horaire hebdomadaire de 41,7 heures, au taux de 60% et après déduction de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles et de l'âge. En comparant les revenus, il en résultait un préjudice économique de 16'650 fr. 90, soit 35,85%.

Une évaluation économique sur le ménage a été effectuée au domicile de l'assurée. Selon le rapport y relatif du 27 mars 2023, l'évaluatrice a proposé de retenir un statut de 30% active et de 70% ménagère. Elle a retenu des empêchements ménagers à hauteur de 27,24% pour un taux de 100%.

Par projet de décision du 30 mars 2023, annulant et remplaçant celui du 6 octobre 2021, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui refuser l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente d'invalidité, dès lors que le taux d'invalidité global de 29,81% (10,75% pour la part active et 19,06% pour la part ménagère) était inférieur au taux de 40% ouvrant le droit à une rente. En outre, aucune mesure n'était susceptible de réduire le préjudice économique.

Par courrier du 6 avril 2023, le conseil de l'assurée a requis qu'une copie des pièces du dossier lui soit envoyée.

Le 12 mai 2023, l'assurée a contesté le projet de décision, en faisant valoir que le taux de 60% de capacité de travail retenu pour la période antérieure à août 2021, aussi bien par le Dr S._____ dans un

premier temps, que par le SMR ensuite ainsi que par les experts, était erroné.

Après prolongation du délai au 31 juillet 2023, l'assurée a, par son conseil, requis un complément d'instruction auprès de l'expert rhumatologue, ainsi qu'auprès des médecins traitants.

Par courrier du 25 août 2023, l'OAI a informé l'assurée qu'un complément d'expertise serait demandé et que celle-ci avait la possibilité, dans un délai de dix jours, de lui faire parvenir des éventuelles questions complémentaires.

Le 6 septembre 2023, l'assurée s'est encore déterminée, en précisant les questions qui devaient être posées à l'expert rhumatologue.

Pour donner suite au complément d'expertise requis, le Dr T. _____ a répondu en ces termes à l'OAI le 19 septembre 2023 (sic) :

« - Dans votre rapport d'expertise daté du 07.02.2023, vous reprenez une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée (CTAA) depuis le 30.07.2018 en accord avec la décision du SMR du 15.03.2021. Il ne s'agit toutefois pas d'une décision, mais d'un rapport d'examen du SMR qui se basait sur les rapports médicaux des 14.07.2019 et 20.12.2020 du Dr S. _____ (médecin généraliste). Dès lors, pouvez-vous svp motiver davantage l'évaluation de la CTAA de 60% retenue depuis le 30.07.2018 sur la base de vos constatations cliniques ?

Les constatations cliniques, au cours de cette expertise, sont en accord avec les diagnostics déjà présents au dossier, à savoir une douleur lombaire sans irradiation dans les membres inférieurs sur discopathie et hernie discale, une douleur au genou droit sur arthrose tricompartmentale dont l'examen a montré l'existence d'une poussée inflammatoire par l'augmentation du volume de ce genou et la chaleur constatée, et enfin une aponévrose plantaire du pied droit.

Les douleurs sont typiquement mécaniques et cohérentes avec les plaintes de l'expertisée et entraînent des limitations fonctionnelles limitant le temps de travail même pour une activité parfaitement sédentaire.

Le rapport d'examen SMR, se basant sur les constatations médicales de son médecin traitant, sont en rapport avec les diagnostics et les constatations cliniques objectives de [lors] cette expertise.

Puisqu'il n'y a pas d'incohérences, il n'y a donc pas lieu de modifier cette décision. »

Le 12 octobre 2023, le Dr T. _____ a encore indiqué ce qui suit (sic) :

« - Ma cliente souhaite néanmoins que le rapport du docteur S. _____ annexé soit transmis au Centre d'expertise B. _____. Enfin, elle souhaite reformuler la question du service juridique (la question part du principe que les 60% sont acquis) : dès lors, maintenez-vous l'évaluation de la CTAA mentionnée dans votre rapport ? Nous vous remercions de bien vouloir motiver votre réponse en vous basant sur vos constatations cliniques, ainsi que sur l'ensemble des limitations fonctionnelles constatées.

La capacité de travail dans une activité adaptée est de 60% (de taux horaire) malgré les limitations fonctionnelles, sans changement depuis la prise de décision du SMR du 15 mars 2021. Cette décision se base sur l'importance des douleurs ressenties, l'absence des changements de diagnostics et l'impossibilité d'utiliser les anti-inflammatoires, l'expertisée ayant fait un choc anaphylactique à ibuprofène.

- *Ma cliente souhaiterait également que la question 8 (c. mes précédentes correspondances) soit posée au Centre d'expertise B. _____ : quelles devraient être les caractéristiques d'une activité adaptée de manière optimale aux limitations fonctionnelles de l'assurée en juillet 2018, en mars 2019 et en août 2021 ? A quel taux l'assurée pourrait-elle exercer une telle activité ?*

Les taux de la capacité de travail dans une activité adaptée, depuis juillet 2018, mars 2019, et août 2021 tenant compte des limitations fonctionnelles décrites n'ont pas changé ce qui est d'ailleurs confirmé dans le rapport médical du Dr S. _____ du 14.7.2019 mentionnant une capacité de travail adaptée de 60% dès le 30.7.2018.

Il n'est pas du ressort de l'expert de déterminer les caractéristiques d'une activité mais simplement de déterminer les limitations fonctionnelles, c'est-à-dire le cadre dans lequel cette activité peut s'exercer. »

Par décision du 7 décembre 2023, l'OAI a confirmé son projet du 30 mars 2023, tendant au refus d'octroi de mesures professionnelles et d'une rente. Par prise de position du même jour, l'OAI a relevé que l'expertise de Centre d'expertise B. _____ était probante et a énuméré un certain nombre d'activités dans lesquelles l'assurée pouvait mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle de 60%, compte tenu de des limitations fonctionnelles retenues. L'évaluation économique sur le ménage était, selon lui, également probante.

D. Par acte du 23 janvier 2024, H._____, toujours représentée par Me Coluccia, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente d'invalidité à 100% lui est octroyée et, subsidiairement, à l'annulation de la décision du 7 décembre 2023 et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision. Elle cite la jurisprudence applicable aux assurés proches de l'âge de la retraite et soutient que l'OAI aurait dû examiner l'impact de cette jurisprudence dans le cas d'espèce et considérer que la reprise d'une activité adaptée n'était en aucun cas exigible, sa capacité de travail tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée étant ainsi nulles. Subsidiairement, la recourante allègue que son droit d'être entendu a été violé, dans la mesure où l'OAI ne lui a pas transmis le complément d'expertise avant l'envoi de la décision querellée.

Par réponse du 27 mars 2024, l'intimé propose le rejet du recours, en soutenant que la jurisprudence citée par la recourante ne lui est pas applicable et qu'elle est en mesure de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail, dès lors qu'elle ne rencontre pas de problèmes d'adaptation et que l'absence de formation et les lacunes linguistiques ne sont pas déterminantes.

E n d r o i t :

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

b) En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu des fêtes de Noël, 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 point de savoir si la recourante peut prétendre à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité à la suite de sa nouvelle demande du 5 mars 2019.

3. 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 antérieure au 1^{er} janvier 2022 comme en l'espèce, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Le délai d'attente d'une année commence à courir au moment où l'on constate une diminution sensible de la capacité de travail, un taux d'incapacité de 20 % étant déjà considéré comme pertinent en ce sens (TF 8C_718/2018 du 21 février 2019 consid. 2.2 ; TF 9C_162/2011 du 11 novembre 2011 consid. 2.3).

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

5. Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient

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

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 citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9G_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C_631/2012 du 9 novembre 2021 consid. 3, 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée).

d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des

constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

e) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

7. a) Lors de l'examen initial du droit à la rente, il convient d'examiner quelle est la méthode d'évaluation de l'invalidité qu'il s'agit d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes reconnues (méthode générale de comparaison des revenus [art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA], méthode spécifique [art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] et 8 al. 3 LPGA], méthode mixte [art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI]) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel.

b) Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer, voire circonscrire, le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses

qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire, reconnue habituellement en droit des assurances sociales, atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2 et les références).

c) Une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée (cf. art. 69 al. 2 RAI) constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 140 V 543 consid. 3.2.1 ; 130 V 61 consid. 6 et les références citées ; TF 9C_687/2014 du 30 mars 2015 consid. 4.2.1).

8. En premier lieu, il convient d'examiner le grief d'ordre formel de violation du droit d'être entendu soulevé par la recourante à titre subsidiaire. Elle soutient en effet que l'intimé ne lui a pas notifié, respectivement à son avocat, le complément d'expertise requis avant l'envoi de la décision querellée.

a) Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée,

indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 144 I 11 consid. 5.3 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.2). Selon la jurisprudence, sa violation peut néanmoins être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 145 I 167 consid. 4.4 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et les références citées).

b) Le droit de consulter le dossier est un aspect du droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 132 II 485 consid. 3.2). Il est notamment concrétisé à l'art. 47 al. 1 let. a LPGA, selon lequel l'assuré a le droit de consulter le dossier pour les données qui le concernent. Le droit de consulter le dossier s'étend à toutes les pièces décisives figurant au dossier et garantit que les parties puissent prendre connaissance des éléments fondant la décision et s'exprimer à leur sujet (ATF 132 II 485 consid. 3.2 ; 129 I 85 consid. 4.1 ; 125 II 473 consid. 4c/cc ; 121 I 225 consid. 2a).

c) En l'occurrence, on peut écarter le grief soulevé par la recourante quant à la violation de son droit d'être entendue. Il lui était en effet loisible de solliciter en tout temps un tirage du dossier au cours de la procédure administrative, singulièrement avant l'émission de la décision litigieuse. Cela étant, la recourante a été parfaitement en mesure de faire valoir ses droits auprès de la Cour de céans, laquelle est dotée d'un plein pouvoir d'examen. Ainsi même à supposer que son droit d'être entendue aurait été violé, cette violation doit être considérée comme réparée.

9. S'agissant du statut de la recourante, l'intimé a considéré que celle-ci avait un statut mixte (30% active et 70% ménagère), sur la base de l'enquête ménagère mise en œuvre le 27 mars 2023 et du fait qu'elle avait toujours travaillé à temps partiel depuis son arrivée en Suisse. Certes elle avait demandé à augmenter son taux, ce que son employeur avait refusé, mais elle n'avait pas cherché d'activité complémentaire auprès d'un autre employeur.

On est en droit de s'interroger sur cette nouvelle appréciation du statut, alors que la recourante avait été considérée comme active à 100% dans le cadre de la première demande de prestations. Cela étant, il y a lieu de considérer que la première appréciation du statut était manifestement erronée, en présence d'une assurée qui n'a, de facto, jamais exercé d'activité professionnelle à un taux supérieur à 30%. C'est ce que d'ailleurs a retenu la permanence juriste de l'intimé (cf. compte rendu du 6 octobre 2021).

On relèvera encore que l'intéressée ne conteste pas le statut mixte qui lui a été reconnu, lequel peut être confirmé.

Pour le surplus, aucun grief à l'encontre de l'enquête ménagère n'a été soulevé par la recourante, laquelle remplit au demeurant les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante (cf. consid. 7 let. c) si bien qu'elle peut être confirmée également en ce qui concerne les empêchements ménagers retenus, lesquels ont été évalués à 27,24% pour un 100%.

10. Sur le plan médical, la recourante ne fait valoir aucun grief à l'encontre de l'appréciation de sa situation, sinon en indiquant qu'elle conteste la capacité de travail dans une activité adaptée de 60% « compte tenu de ses graves limitations fonctionnelles et des avis contraires du Dr A. _____ et de l'expert APG [allocation perte de gain] N. _____ ».

a) L'OAI est entré en matière sur la deuxième demande de prestations déposée par la recourante le 5 mars 2019, considérant que

l'assurée avait rendu plausible une aggravation de son état de santé à compter de juillet 2018, en raison d'une atteinte au genou.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'intimé a confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, pneumologie, rhumatologie, psychiatrie) à Centre d'expertise B._____.

b) D'un point de vue formel, le rapport d'expertise remplit tous les réquisits de la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il se fonde en effet sur des examens complets (pp. 14-15, 25, 34, 42-43), prend en considération les plaintes exprimées par la recourante (pp. 12, 22, 31, 40), a été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse, pp. 13, 22-24, 32-34, 41-42), comporte une description du contexte médical (annexe 5 du rapport) et une appréciation claire de la situation médicale (pp. 16-17, 26, 35, 43-44). Enfin, les conclusions de ce rapport sont bien motivées (pp. 17-19, 26-28, 35-37, 44-46).

c/aa) Sur le plan de la médecine interne, l'expertise pratiquée par le Dr W._____ a permis de conclure à l'absence de pathologie incapacitante. L'expert a retenu les diagnostics d'obésité avec un BMI à 34,8 (E66), d'hypertension insuffisamment contrôlée malgré une trithérapie (I10), d'hypercholestérolémie (E78) et d'athéromatose coronarienne sans sténose significative (I25.5). Il a en particulier mentionné que les facteurs de risque cardiovasculaire faisaient l'objet d'un traitement adéquat mais qu'il fallait encore ajuster les posologies pour un contrôle optimal de ces facteurs, qu'un arrêt du tabagisme paraissait indispensable, de même qu'une perte de poids. La capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée restait entière depuis toujours de son point de vue.

bb) L'évaluation du Dr W._____ n'est contredite par aucun élément médical au dossier. En particulier, les Drs D._____ et Q._____ ne se sont pas prononcés sur la capacité de travail de l'intéressée dans leurs rapports respectifs du 21 février 2022. Les conclusions

convaincantes de l'expert en médecine interne peuvent dès lors être confirmées.

d/aa) Sur le plan pneumologique, le Dr R._____ a retenu les diagnostics de bronchite chronique tabagique (J41.0), de troubles du sommeil (G46.9), d'obésité (E66), d'hypertension artérielle (I10) et d'intolérance aux AINS. L'expert n'a pas constaté de bronchopneumopathie chronique obstructive au vu des fonctions pulmonaires dans les normes, ni d'emphysème au CT-scan thoracique de 2021 mais un essoufflement normal lié à l'obésité et au déconditionnement, qui n'avait joué aucun rôle, ni dans sa vie quotidienne, ni dans sa vie privée, ni dans sa vie professionnelle jusqu'en 2018. En outre, l'expert n'a constaté aucune conséquence pulmonaire par suite de l'infection au Covid-19. Les troubles du sommeil avaient une origine multifactorielle mais le score d'Epworth était dans les normes et il n'y avait pas de somnolence diurne pathologique. En définitive, la capacité de travail était entière tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée depuis toujours avec pour seules limitations fonctionnelles d'éviter de travailler dans le froid et avec des irritants respiratoires.

bb) Là encore, aucun élément médical ne vient contredire l'appréciation de l'expert pneumologue qui peut dès lors être confirmée.

e/aa) Sur le plan rhumatologique, Centre d'expertise B._____, par l'intermédiaire du Dr T._____, a pris en considération une gonarthrose tricompartmentale du genou droit (M17.0), une aponévrosite plantaire à droite (M72.2) et une lombalgie sans irradiation dans les membres inférieurs sur discopathie et hernie discale (M54.5). L'expert a mentionné que l'assurée présentait essentiellement des atteintes dégénératives, en particulier du genou droit. Il a noté que l'intéressée assurait peu de gestes de la vie quotidienne, que ses ressources internes étaient pauvres mais que les ressources externes étaient bien présentes. Il a conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de femme de ménage depuis le 30 juillet 2018 et de 60% dans une activité adaptée depuis cette même date. Les limitations fonctionnelles retenues étaient

les suivantes : pas d'efforts de soulèvement de plus de 5 kg à partir du sol, pas de porte-à-faux du buste, port de charges proche du but limité à 5 kg, pas de marche prolongée, ni de piétinement prolongé, pas de montée et de descente d'escaliers, pas de position à genoux ou accroupie, pas de travail en hauteur (tabouret, escabeau, échafaudage, échelle).

Appelé à préciser et motiver la capacité de travail de 60% retenue dans une activité adaptée, le Dr T. _____ a mentionné, dans des compléments d'expertise des 19 septembre et 12 octobre 2023, que les constatations cliniques, au cours de cette expertise, étaient en accord avec les diagnostics déjà présents au dossier, à savoir une douleur lombaire sans irradiation dans les membres inférieurs sur discopathie et hernie discale, une douleur au genou droit sur arthrose tricompartmentale dont l'examen avait montré l'existence d'une poussée inflammatoire par l'augmentation du volume de ce genou et la chaleur constatée, et enfin une aponévrose plantaire du pied droit. Les douleurs étaient typiquement mécaniques et cohérentes avec les plaintes de l'expertisée et entraînaient des limitations fonctionnelles limitant le temps de travail même pour une activité parfaitement sédentaire. Le rapport d'examen SMR, se basant sur les constatations médicales du médecin traitant de l'assurée, était en rapport avec les diagnostics et les constatations cliniques objectives lors cette expertise. Le Dr T. _____ a encore précisé, sur demande de l'OAI, que les taux de la capacité de travail dans une activité adaptée, depuis juillet 2018, mars 2019, et août 2021 tenant compte des limitations fonctionnelles décrites n'avaient pas changé.

bb) L'avis de l'expert T. _____ corrobore l'appréciation qu'avait alors faite le Dr S. _____ dans ses rapports des 14 juillet 2019 et 20 décembre 2020 en mentionnant une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée. Certes, ce médecin a, par la suite, précisé, dans un rapport du 30 mars 2022, qu'il n'était pas en mesure de se prononcer sur la capacité de travail de sa patiente dans une activité adaptée, sans toutefois motiver son appréciation. Si l'expert s'est, dans un premier temps, basé sur le rapport du 14 juillet 2019 du Dr S. _____, repris ensuite par le SMR dans son avis du 15 mars 2021, il a précisé, dans les

compléments qui lui ont été demandés, que ses observations cliniques étaient cohérentes avec les atteintes déjà constatées et les plaintes de l'assurée. Il a également confirmé, à cette occasion, que son appréciation quant à la capacité de travail retenue dans une activité adaptée de 60% depuis le 30 juillet 2019 restait inchangée. Ainsi, le fait que le Dr S. _____ ait modifié son appréciation quant à la capacité de travail de sa patiente dans une activité adaptée ne permet pas remettre en cause l'avis de l'expert, ce d'autant que les avis des médecins traitants doivent être considérés avec une certaine retenue vu la relation thérapeutique entretenue avec le patient et que ce revirement est intervenu après le projet de décision de l'OAI qui informait l'assurée de son intention de refuser de prester.

Le rapport du Dr A. _____ du 18 juin 2019 ne permet pas non plus de remettre au cause l'appréciation de l'expert rhumatologue, dans la mesure où ce médecin ne se prononce nullement sur la capacité de travail, se contentant d'affirmer que « toutes les positions étaient douloureuses avec parfois des lâchages des deux membres inférieurs ». Il en va de même du rapport du Dr N. _____ du 16 septembre 2019, dans lequel celui-ci s'est prononcé uniquement de manière provisoire sur la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée « dans l'attente du résultat du traitement préconisé ».

Dans ces conditions, l'appréciation du Dr T. _____ ne prête pas le flanc à la critique et peut être confirmée.

f/aa) Sur le plan psychiatrique, la Dre L. _____ a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode moyen, avec syndrome somatique (F33.1) et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation du tabac (F17) en les motivant (cf. p. 43 du rapport). Elle a conclu à une capacité de travail de 80% dans l'activité habituelle compte tenu d'une fatigue, d'une fatigabilité et de ruminations anxieuses depuis le 14 juillet 2019, date où le Dr S. _____ avait évoqué un syndrome dépressif (sans toutefois avoir engagé un suivi spécialisé) et de 100% dans une activité adaptée (horaires réguliers entrecoupés de courtes

pauses en raison de la fatigabilité et pas de travaux nécessitant des prises de décisions importantes) depuis cette même date.

bb) En l'occurrence, pour ce volet, rien non plus au dossier ne vient contredire l'appréciation de la Dre L._____. Au contraire, le médecin traitant, qui avait évoqué un syndrome dépressif à l'époque (cf. rapport du 27 novembre 2005), n'a jamais préconisé de suivi spécialisé pour sa patiente, ni prescrit de traitement antidépresseur. Dans son rapport du 20 décembre 2020, il a du reste mentionné qu'aucune atteinte psychiatrique ne participait à l'incapacité de travail, rejoignant en cela l'appréciation de l'experte quant à une capacité de travail de la recourante entière dans une activité adaptée. La recourante, qui connaît des troubles dépressifs depuis 2005, a d'ailleurs continué à travailler jusqu'en 2018 sans rencontrer de problèmes particuliers dans ce registre.

L'appréciation de l'experte psychiatre peut ainsi être confirmée, ce d'autant que des mesures, telles qu'une psychothérapie et la prise d'un antidépresseur, sont exigibles de la part de la recourante.

e) En définitive, force est de constater que le rapport d'expertise de Centre d'expertise B._____ est probant et que, partant, c'est à juste titre que l'intimé a retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 60% dans une activité adaptée, en suivant l'avis des experts, depuis juillet 2018.

11. a) La recourante se prévaut encore du fait qu'elle est proche de l'âge de la retraite. Selon la jurisprudence, le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 ; TF 9C_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.2). Il est par ailleurs admis que le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé se situe autour de 60 ans, même si le Tribunal fédéral

n'a pas fixé d'âge limite jusqu'à présent (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2).

b) En l'occurrence, la date à compter de laquelle l'exercice (partiel) d'une activité est médicalement exigible est celle du 12 octobre 2023, à savoir celle du dernier complément d'expertise rédigé par le Dr T._____, et non en février 2023, date de reddition du rapport d'expertise, comme le soutient l'intimé. Ce n'est en effet que le 12 octobre 2023 que l'OAI a estimé que les éléments médicaux réunis au dossier étaient propres à établir la capacité de travail résiduelle de la recourante. Or à cette date, la recourante était âgée de 60 ans et 4 mois. Elle avait donc atteint le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé, ce d'autant qu'au vu de son année de naissance (1963), la recourante attendra l'âge de la retraite à 64 ans et neuf mois. Ainsi, lorsque le seuil précité a été atteint, l'intéressée était à moins de quatre ans et demi de l'âge de la retraite.

Si l'on tient compte de ses limitations fonctionnelles, aux plans somatique (pas d'efforts de soulèvement de charges de plus de 5 kg à partir du sol, pas de porte-à-faux du buste, port de charges proche du but limité à 5 kg, pas de marche prolongée, ni de piétinement prolongé, pas de montée et de descente d'escaliers, pas de position à genoux ou accroupie, pas de travail en hauteur) et psychiatrique (horaires réguliers entrecoupés de courtes pauses et pas de travaux nécessitant des prises de décisions importantes), du fait qu'elle a œuvré pour le même employeur depuis 1999, démontrant son peu de mobilité, et de la capacité de travail dans une activité adaptée de 60%, il y a lieu de considérer que la recourante n'est plus en mesure de mettre à profit sa capacité de travail résiduelle. Il convient ainsi de retenir que celle-ci est inexistante dans sa sphère professionnelle, et que son degré d'invalidité sur la part active, de 30% (cf. consid. 9), est total.

12. Compte tenu du statut mixte retenu, d'une incapacité de travail totale sur la part active de 30% (cf. consid. 11b) et d'une incapacité

de 27,24% d'un 100% sur la part ménagère, laquelle est de 70%, le degré d'invalidité global résultant des deux domaines est ainsi le suivant :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
active	30%	100%	30%
ménagère	70%	27,24%	19,06%
Taux d'invalidité global :			49,06%

Le taux d'invalidité global de 49,06%, arrondi à 49%, ouvre le droit à un quart de rente d'invalidité.

Vu le début de l'incapacité totale durable en juillet 2018, le délai de carence a été atteint en juillet 2019 (art. 28 al. 1 let. b LAI).

Dès lors que la demande de prestations a été déposée le 5 mars 2019, le droit au quart de rente prend naissance le 1^{er} septembre 2019, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, selon lequel 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.

13. a) En définitive, le recours doit être partiellement admis et la décision entreprise réformée en ce sens que la recourante a droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2019.

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 l'intimé vu l'issue du litige.

c) La recourante obtient partiellement gain de cause et a droit à une indemnité de dépens réduits à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Compte tenu de l'importance et de la

complexité du litige, il convient d'arrêter cette indemnité à 2'000 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 l'intimé.

Le montant des dépens réduits arrêtés ci-avant correspond au moins à ce qui aurait été alloué à titre d'indemnité pour le mandat d'office, la recourante ayant été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision de la juge instructrice du 29 février 2024. Il n'y a donc pas lieu, en l'état tout au moins, de fixer plus précisément cette indemnité (art. 4 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

- I. Le recours est partiellement admis.
- II. La décision rendue le 7 décembre 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens qu'H._____ a droit à un quart de rente d'invalidité à partir du 1^{er} septembre 2019.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents 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 à H._____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs), à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Fabrice Coluccia (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).

La greffière :