

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 juillet 2017

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
 M. Piguet, juge, et M. Bonard, assesseur
Greffière : Mme Monney

* * * * *

Cause pendante entre :

S._____, à [...] recourante, représentée par CAP Compagnie d'Assurance
de Protection Juridique SA, à Lausanne,

et

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

Art. 4, 17 al. 1 et 28 LAI ; art. 88a al. 1 RAI.

E n f a i t :

A. S._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1975, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : l'AI) le 31 décembre 2012 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). A l'appui de sa demande, elle invoquait souffrir d'une déchirure de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite depuis le 4 février 2012, causée par un accident.

B. Il ressort du dossier d'V._____ (ci-après : V._____) produit auprès de l'OAI que le 14 janvier 2012, l'assurée a chuté sur l'épaule droite. Selon les certificats médicaux transmis par V._____, l'assurée a été en incapacité de travail totale à partir du 4 février 2012.

A la suite de cet événement, V._____ a pris en charge les prestations d'assurance jusqu'au 14 mars 2012 inclus. Par décisions du 16 août 2012, respectivement du 21 janvier 2013, elle a considéré que les traitements au-delà de cette date n'étaient plus en rapport avec le sinistre annoncé.

Le 26 avril 2012, l'assurée a été opérée de l'épaule droite par le Dr B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. L'intervention a consisté en une arthroscopie de l'épaule droite, une synovectomie, une réparation transtendineuse de la coiffe des rotateurs, une acromioplastie et résection de la clavicule distale inférieure et une bursectomie partielle sous-acromiale.

Dans un rapport du 3 mai 2012, le Dr B._____ a constaté que le status à cinq jours de l'intervention était calme, sans complications post-opératoires immédiates. Le traitement consistait en de la physiothérapie durant deux à trois mois.

Dans le questionnaire de l'OAI complété par l'employeur le 14 février 2013, K._____ a indiqué que les rapports de travail avaient duré

du 1^{er} octobre 2009 au 31 décembre 2012. L'assurée exerçait la profession de femme de ménage à temps plein, pour un salaire mensuel de 3'510 francs.

Dans un rapport du 15 février 2013, le Dr B._____ a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de capsulite rétractile de l'épaule droite sur status post-arthroscopie et réparation de la coiffe des rotateurs. Le Dr B._____ constatait que suite à cette intervention, une très importante limitation fonctionnelle avait perduré malgré la physiothérapie. Sa patiente était selon lui actuellement incapable d'une quelconque activité professionnelle du fait de l'importance des douleurs et de la limitation fonctionnelle de l'épaule droite.

Dans un rapport du 5 juin 2013, le Dr N._____, médecin traitant de l'assurée, a considéré que sa patiente se trouvait en incapacité totale de travail et que l'activité exercée actuellement n'était plus exigible.

Le 11 décembre 2013, le Dr B._____ a informé l'OAI d'un status quo lors de son dernier contrôle le 4 novembre 2013, avec la persistance d'importantes douleurs résistant aux traitements symptomatiques. Il envisageait d'adresser sa patiente au Dr [...] du [...] et, en cas d'évolution défavorable, de mettre en œuvre un consilium chez un rhumatologue ou chez le Dr [...], spécialiste de la chirurgie de l'épaule. Le Dr B._____ n'avait plus de traitement particulier à proposer et, selon lui, il n'y avait pour l'instant pas de capacité de travail envisageable.

Dans un rapport du 11 mars 2014, le Dr R._____, médecin praticien, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de syndrome d'épaule douloureuse droite chronique depuis le mois de janvier 2012 et « d'état dépressif ? » à compter de « début 2013 ? ». Le diagnostic sans effet sur la capacité de travail était une hypothyroïdie substituée. Ce médecin était d'avis qu'une reprise de l'activité professionnelle serait potentiellement possible « après 2016 au plus tôt ». Dans l'annexe au rapport médical, le Dr R._____ écrivait ce qui suit

« Elle [réd. : l'assurée] "néglige" l'épaule D. Ainsi, elle souffre d'un handicap important. Probablement elle est potentiellement apte au travail en mesure de 50 % - 60 % ».

Le 14 avril 2014, le Dr B._____ a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de capsulite rétractile dans le cadre d'une complication post arthroscopie de l'épaule droite du 26 avril 2012. Il indiquait que lors de son dernier contrôle le 4 mars 2014, il n'y avait pas d'amélioration. Pour le Dr B._____, l'assurée présentait une incapacité de travail de 100 % définitive dans toute activité.

Compte tenu des appréciations divergentes des Drs B._____ et R._____ s'agissant de la capacité de travail, le Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a mandaté le Dr A._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, afin de réaliser une expertise orthopédique.

Dans son rapport du 17 juillet 2014, le Dr A._____ a posé le diagnostic de status après contusions de l'épaule droite. Dans la partie « Discussion » de son rapport, le Dr A._____ a écrit ce qui suit :

« Le diagnostic de capsulite rétractile a été évoqué, sous forme de possibilité. Pour ma part, je pense que pouvoir injecter 11 cm³ dans une cavité articulaire de l'épaule, est peut être une quantité légèrement inférieure à la moyenne, mais l'injection de 11 cm³ dans une épaule ne permet pas de poser le diagnostic de capsulite rétractile.

Dans un article paru en 1997 dans l'Encyclopédie médico-chirurgicale concernant l'appareil moteur, BEAUFILS, DORFMANN et T. BOYER, parlent de raideur de l'épaule. Ils déclarent qu'une raideur de l'épaule est définie comme une limitation invincible de la mobilité passive. Ils déclarent également que ces raideurs de l'épaule doivent être différenciées de la limitation purement antalgique de la mobilité qui disparaît sous anesthésie. On appelle également la capsulite rétractile « une épaule gelée ». Ils mentionnent que dans les examens complémentaires à faire, dans le cas d'une épaule raide, une capsulite rétractile, dans sa forme typique, est caractérisée par la faible capacité de l'articulation inférieure à 10 cm³ pour une capacité normale de 20 à 30 cm³.

Dans notre cas, le fait que le Radiologue ait pu injecter 11 cm³, montre que c'est encore une valeur inférieure, mais ne permettant pas de poser le diagnostic d'une capsulite rétractile.

Au point de vue traitement de ces épaules raides, les Auteurs mentionnent qu'une raideur réelle de l'épaule peut être associée à une pathologie de la coiffe. Le diagnostic différentiel avec une limitation antalgique n'est pas toujours aisé et peut conduire à un testing sous anesthésie.

Au point de vue traitement, les auteurs mentionnent la distension articulaire réalisée au cours d'une arthrographie et qui consiste à injecter sous pression dans l'articulation gléno-humérale le produit de contraste pour obtenir une rupture capsulaire, mais le succès n'est pas très important.

Une manipulation effectuée sous anesthésie générale ou locorégionale, est une mobilisation de l'épaule visant à faire céder les adhérences ou des rétractions. Les manipulations sont souvent efficaces à la mobilité, mais sans raccourcir le temps total d'évolution de la maladie. Il est également mentionné que le geste de manipuler, surtout dans les raideurs sévères, n'est pas sans risque et peut aboutir à des dégâts cartilagineux et même à une fracture de la tête humérale.

Dans le cas qui nous occupe, mon attention a été attirée par les documents radiologiques et en particulier les IRM, dont la dernière, de février 2014, ne montre pas d'anomalie particulière, mon attention a également été attirée par un fait non discutable, qui est le périmètre du bras, entre l'épaule et le coude, donc au niveau du muscle biceps. En effet, la mensuration montre que ce périmètre est plus élevé de 1,5 cm à droite (côté douloureux) par rapport à gauche.

Or, lorsque pendant deux ans un membre supérieur n'est pas utilisé, surtout lorsqu'il est dominant, en général on trouve une atrophie musculaire sur ce côté-là, ce qui n'est pas le cas chez la patiente.

Tout cela m'a un peu étonné. Le fait que la patiente ne ressente jamais aucune amélioration, qu'elle se plaigne toute la journée, qu'elle se plaigne également la nuit et que tous les traitements (arthroscopie, physiothérapie, médicaments, etc.) ne l'ont pas soulagée. Tout cela est un peu inhabituel.

C'est la raison pour laquelle je pense que le diagnostic n'a pas encore été posé d'une manière claire et nette, et qu'il faudrait proposer à la patiente un examen sous anesthésie ou complète ou locorégionale, ce qui éliminerait la douleur et permettrait de savoir si, sous anesthésie, cette épaule bouge plus ou moins normalement.

Je ne vais pas jusqu'à évoquer une simulation, mais cette évolution me paraît [sic] très étrange.

Je propose donc que vous envoyiez ce rapport au Dr B. _____, que je n'ai pas pu atteindre puisqu'il est absent pendant dix jours, pour lui demander s'il est d'accord de pratiquer un examen sous anesthésie pour savoir si vraiment il s'agit d'une épaule raide ou non.

J'ai tendance pour ma part, à penser qu'il ne s'agit en tous cas pas d'une capsulite rétractile et que d'autre part l'épaule n'est peut-être pas aussi raide que la patiente veut se faire penser.

Dans ces conditions, il me paraît impossible de répondre à toutes vos questions. Il me paraît, dans ce cas, impossible de faire une appréciation objective et de faire un pronostic, puisqu'il manque une étape importante dans le diagnostic pour savoir si cette épaule est raide ou non.

Dans ces conditions, je suis dans l'impossibilité de répondre aux questions sur les influences sur la capacité de travail ou sur la réadaptation professionnelle, tant qu'un diagnostic précis n'a pas été posé.

Je suis bien entendu tout à fait disposé à revoir la patiente si ce test sous anesthésie a été effectué et selon les résultats qui en ont découlés.

J'espère que vous êtes d'accord avec moi, car je suis tout à fait perplexe à la suite des examens cliniques et radiologiques que j'ai pu examiner.

Toutes les radiographies apportées par la patiente lui ont été rendues.

Je crois indispensable que vous envoyiez rapidement une copie de ce rapport au Dr B. _____ pour lui demander son avis et pour lui demander, éventuellement, de pratiquer ce test sous anesthésie. »

Invité par l'OAI à préciser son rapport d'expertise, le Dr A. _____ lui a répondu ce qui suit le 18 septembre 2014 :

« [...]

Vous aurez pu lire, dans mon rapport daté du 17 juillet 2014, ma perplexité concernant cette patiente.

Il me paraît essentiel que le diagnostic exact soit éclairci.

En effet, si sous anesthésie, cette épaule est correctement mobile, la notion de capacité de travail est bien différente de celle que la patiente peut avoir si cette épaule est physiquement et objectivement limitée dans sa mobilité.

J'ai proposé, dans mon rapport, que le Dr B. _____ fasse un test sous anesthésie. A-t-il effectué ce test ? Et si oui, en avez-vous le résultat ?

Dans l'impossibilité, à cause de la période des vacances, de m'entretenir avec votre Médecin conseil en charge du dossier, la réponse que vous me demandez n'est pas plus précise que celle qui se trouve à la page 13 de mon rapport.

Deux cas peuvent se présenter :

Cas n° 1 : l'épaule est normalement mobile sous anesthésie. Dans ce cas, l'événement du 4 janvier 2012 (déclaré à V. _____ comme « accident bagatelle »), a pour diagnostic celui de « status après contusion de l'épaule droite ».

Un état antérieur est évoqué, mais cet éventuel état antérieur n'empêchait pas la patiente de travailler à K. _____ de [...].

Dans ce premier cas, le traitement d'une contusion de l'épaule, même du côté dominant, ne dépasse habituellement pas 3 à 4 mois, et à la date de mon rapport, il faudrait considérer que la patiente a une capacité de travail complète, sans limitation fonctionnelle, dans son activité habituelle.

Cas n° 2 : dans le cas éventuel lorsqu'un examen sous anesthésie révèle une limitation objective de la mobilité, il faut alors parler d'une épaule gelée. L'arthroscopie du 26 avril 2012 « pourrait » en être la cause.

Dans cette situation, on sait que l'évolution d'une telle affection peut durer de nombreux mois, voire plusieurs années, et la patiente, qui est droitière, devrait être considérée comme incapable actuellement de reprendre son activité habituelle de femme de ménage.

Si pour vous la problématique du diagnostic exact n'est pas primordiale, cette problématique de diagnostic exacte est de toute importance pour répondre à vos questions.

A la page 13 de mon rapport, j'ai déclaré que je n'allais pas jusqu'à évoquer une simulation. Cependant, mes constatations et les explications que j'en ai donné auraient dû vous mettre la puce à l'oreille et étaient là pour justifier ma demande de test sous anesthésie.

Donc, en réponse à vos questions, tant qu'un diagnostic exact n'aura pas été posé, il ne me sera pas possible de répondre précisément à vos questions.

Je vous engage vivement à demander au Dr B. _____ de prendre position sur la proposition que j'ai évoquée dans mon rapport.

Au cas où il ne serait pas d'accord, je suis à votre disposition pour organiser ce test sous anesthésie, et même à le pratiquer moi-même si vous me le demandez. »

Compte tenu de ces informations, le SMR a considéré, le 3 octobre 2014, qu'il ne pouvait se déterminer en l'état. Un examen rhumatologique et orthopédique auprès du SMR a par conséquent été mis en œuvre le 24 novembre 2014.

Dans son rapport du 26 novembre 2014, le Dr L. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie et médecin

auprès du SMR, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de status après possible capsulite rétractile fruste de l'épaule droite dans le cadre d'un status après contusion de l'épaule droite et après opération de l'épaule droite. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient une hypothyroïdie substituée, une obésité avec BMI à 33 et une allergie à la pénicilline. Sous la partie « Appréciation du cas », le Dr L._____ mentionnait ce qui suit :

« L'assurée a fait le 14.01.2012 une chute en glissant sur le verglas et est tombée en arrière, avec le bras D surélevé. Elle a développé tout de suite des douleurs de l'épaule D. Elle a tout de même continué à travailler jusqu'au 04 02 2012, mais les douleurs se sont aggravées. Elle a par la suite consulté son médecin, qui lui a prescrit de la physiothérapie, sans amélioration des douleurs. Elle a alors bénéficié d'une IRM et a été adressée au Dr B._____, qui lui a dit de continuer la physiothérapie et lui a fait une infiltration de l'épaule D.

Au vu du peu d'amélioration de la symptomatologie douloureuse, l'assurée a bénéficié d'une arthroscopie de l'épaule D, le 26.04.2012, avec synovectomie-régularisation du bourrelet antérieur, réparation transtendineuse de la coiffe des rotateurs, acromioplastie et résection de la clavicule distale inférieure ainsi que bursectomie partielle sous-acromiale pour déchirure longitudinale de la coiffe des rotateurs de 2 cm avec conflit sous-acromial de l'épaule D.

Suite à cette opération, les douleurs se seraient aggravées et l'assurée aurait encore perdu de la mobilité de l'épaule D, de manière importante. Actuellement, l'assurée présente toujours des douleurs au niveau de l'épaule D, malgré la physiothérapie à sec et en piscine qu'elle a continuée sans amélioration.

L'assurée se plaint actuellement de douleurs de l'épaule D, autant diurnes que nocturnes. Ces douleurs sont météo-dépendantes, augmentant au froid et à l'humidité. L'assurée n'arriverait pas à dormir en décubitus latéral D en raison des scapulalgies D. La mobilité de l'épaule D serait toujours très limitée. L'assurée signale 3-4 réveils nocturnes par les douleurs. L'assurée ne signale pas de raideur matinale. Les douleurs augmentent d'ailleurs au fil de la journée. L'assurée ne se plaint pas de douleurs ailleurs. Mis à part la physiothérapie à sec et en piscine et une infiltration préopératoire de l'épaule D, l'assurée aurait eu, semble-t-il, de l'ostéopathie.

Actuellement, l'assurée ne prend aucun médicament antalgique, car tous se seraient avérés inefficaces. L'assurée aurait eu notamment du Dafalgan®, de l'Irfen®, du Zalidar® et du Miacalcic®.

Dans les antécédents personnels, relevons une amygdalectomie et une césarienne. L'assurée est par ailleurs connue depuis 13-14 ans pour une hypothyroïdie actuellement substituée et pour une allergie à la pénicilline.

Au status actuel, on note une assurée en bon état général, normocarde, normotendue. L'assurée présente une obésité avec BMI à 33. Pendant l'entretien, l'assurée se montre un peu démonstrative épargnant son membre supérieur D, mis à part au moment où elle doit remplir la procuration, ce qu'elle fait bien avec la main D.

Pendant l'examen ostéoarticulaire, l'assurée est également démonstrative, pleurant et développant une importante résistance volontaire à la mobilisation passive de l'épaule D avec contreimpulsions.

Au status général, l'auscultation cardiopulmonaire est normale. L'assurée présente une thyroïde agrandie. L'abdomen est souple et indolore, sans hépatosplénomégalie ou masse palpable.

Au plan ostéoarticulaire et neurologique, pieds nus dans la salle d'examen, l'assurée déambule normalement, sans boiterie. La marche sur la pointe des pieds et sur les talons est possible ddc. L'accroupissement est complet et indolore. Le relèvement se fait sans aide extérieure. Le reste du status neurologique est sp. Il n'y a notamment pas d'amyotrophie des membres supérieurs avec des périmètres du bras D de 33.5 cm à 10 cm du pli du coude contre 31.5 cm à G. Au niveau de l'avant-bras, on note une discrète diminution du périmètre de l'avant-bras D, non significative, avec un périmètre de 24.5 cm à D à 10 cm du pli du coude contre 25 cm à G. Il existe cependant une discrète amyotrophie du deltoïde D. Ce status parle contre une non utilisation du membre supérieur comme l'a d'ailleurs noté le Docteur A. _____. La force des membres supérieurs est bien conservée, mis à part la force de préhension de la main D qui est diminuée à M4+, pour des raisons antalgiques. La sensibilité est bien conservée aux 4 membres. Le reste du status neurologique est normal. Les épreuves de Lasèque sont notamment négatives, mais tout de même limitées à 70° ddc par un raccourcissement des muscles ischiojambiers.

Au plan rachidien, on note de très discrets troubles statiques du rachis. La mobilité lombaire est diminuée, mais l'on note une importante discordance entre la distance doigts-sol et doigts-orteils sur le lit d'examen. La mobilité cervicale est bien conservée. La mobilité des articulations périphériques est bien conservée, mis à part la mobilité active et passive de l'épaule D qui est limitée. Cependant, on note une nette amélioration de l'antéimpulsion et de l'abduction actives et passives ainsi que de la rotation externe de l'épaule D par rapport aux valeurs relevées par le Dr A. _____ lors de son expertise. Seule la rotation interne est encore très limitée. Les épreuves de périarthrite scapulohumérale sont par ailleurs toujours toutes douloureuses à l'épaule D. Cependant, la mobilité passive de l'épaule D est limitée en partie par une résistance volontaire à la mobilisation passive de l'épaule D avec contreimpulsions. L'assurée se montre également démonstrative en cours de l'examen de l'épaule D, se mettant même à pleurer. Il n'y a par ailleurs aucun signe pour une arthropathie inflammatoire périphérique.

L'assurée présente des douleurs par ailleurs à la palpation de 5 points de la fibromyalgie sur 18, prenant exclusivement le membre supérieur D, ce nombre est cependant insuffisant pour poser ce

diagnostic et l'assurée ne présentant pas de douleurs au reste du corps.

Les examens radiologiques à notre disposition mettent en évidence en préopératoire une tendinite modérée du susépineux avec discrète bursite sous-acromio-deltoidienne, mais sans autre anomalie notable, sur l'IRM du 07.02.2012. Une IRM postopératoire du 01.02.2013 fait suspecter la possibilité d'une capsulite rétractile. Il y a également des arguments pour une tendinite du susépineux avec bursite sous-acromio-deltoidienne. Cependant, le radiologue a pu tout de même injecter 11 cm³ d'un mélange de produit de contraste iodé hydrosoluble et de gadolinium, alors que pour poser le diagnostic de capsulite rétractile, dans sa forme typique, il faudrait une capacité plus faible de l'articulation inférieure à 10 cm³ pour une capacité normale de 20-30 cm³. Ainsi, le Dr A. _____ a raison de mettre en doute le diagnostic de capsulite rétractile.

Nous retenons néanmoins la possibilité d'une possible capsulite rétractile fruste au vu de ces valeurs à la limite inférieure de la norme. Cependant, une arthro-IRM du 25.02.2014 s'avère pratiquement normale. Elle ne montre notamment pas de déchirure ligamentaire, ni d'épanchement dans la bourse acromiodeltoïdienne. Il n'y a pas d'œdème osseux, ni de lésions dans la musculature étudiée. Par ailleurs, la cavité articulaire est de morphologie normale. Cette arthro-IRM de l'épaule D de février 2014 est donc rassurante.

Dans ce contexte clinique, nous retenons les diagnostics susmentionnés. Au vu de ces diagnostics, nous retenons des limitations fonctionnelles qui ne sont pas respectées dans l'activité de femme de ménage. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, il n'y a aucune raison biomécanique à attester une incapacité de travail, la mobilité de l'épaule D s'étant améliorée en actif et en passif par rapport à l'expertise du Dr A. _____ et permettant actuellement un travail à hauteur d'établi.

Cependant, il faut relever que l'assurée nous a paru démonstrative lors de l'examen de l'épaule D, se mettant même à pleurer et développant une importante résistance volontaire avec contre-pulsions à la mobilisation passive de l'épaule D.

Dans cette situation, des mesures d'ordre professionnel risquent d'échouer. Par ailleurs, l'assurée nous a dit qu'elle est triste en raison de son état de santé et de ses doutes et parce qu'elle veut travailler et ne le peut plus. Elle serait également triste en raison des problèmes financiers rencontrés par le couple, le mari n'étant plus que le seul membre du couple travaillant. L'assurée garde cependant une bonne intégration sociale. Elle n'a pas d'idées noires ou d'idées suicidaires. Elle pleure cependant à l'évocation de ses problèmes de santé et à l'évocation du décès de son père, il y a 4 ans. Elle nous a également dit pleurer parfois toute seule à la maison.

Dans cette situation, nous laissons le soin au médecin responsable du dossier au SMR d'évaluer la nécessité d'un examen psychiatrique complémentaire.

Par ailleurs, il faut relever que la mobilité de l'épaule s'étant améliorée, il n'est plus utile de faire une mobilisation de l'épaule D, puisque nous pouvons maintenant nous déterminer sans cet examen qui est tout de même invasif. »

Le Dr L._____ considérait que la capacité de travail de l'assurée dans l'activité habituelle était de 0 % et qu'elle était de 100 % dans une activité adaptée et ce depuis le 24 novembre 2014. Il précisait que l'intéressée présentait une incapacité de travail de 20 % au moins depuis le 4 février 2012, mais qu'en date de son rapport, il avait observé une bonne amélioration de la mobilité de l'épaule droite par rapport à l'expertise du Dr A._____. Ainsi, dans une activité adaptée, soit sans élévation ou mouvement d'abduction de l'épaule droite à plus de 60°, sans travail nécessitant la mise de la main derrière le dos ou le lever de charges de plus de 5 kg avec le membre supérieur droit, la capacité de travail était totale. Pour le Dr L._____, il était possible que la mobilité de l'épaule droite s'améliore encore, l'évolution des capsulites rétractiles étant en général bonne, la capacité de travail étant d'ores et déjà complète dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire.

Le rapport radiologique de l'IRM du 25 février 2014 a été produit au dossier le 5 décembre 2014. Ce document indiquait en particulier que l'arthro-IRM de l'épaule droite était pratiquement dans les normes et notamment qu'il n'y avait pas de déchirure ligamentaire ni d'épanchement dans la bourse sous-acromio-deltoïdienne. L'assurée ne présentait pas non plus d'œdème osseux ni de lésion dans la musculature étudiée.

Dans un rapport du 9 décembre 2014, le SMR, sous la plume du Dr [...], s'est rallié aux conclusions du Dr L._____.

Par projet de décision du 15 janvier 2015, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui octroyer une rente entière du 1^{er} juin 2013 au 28 février 2015, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé. A partir du 24 novembre 2014, l'OAI a en effet considéré que l'assurée présentait une pleine capacité de travail dans une activité

adaptée à sa situation, telle une activité légère dans le domaine industriel ou des services, et qui respectait ses limitations fonctionnelles. Procédant à une comparaison des revenus avec et sans invalidité de l'intéressée, l'OAI a estimé que la perte de gain de cette dernière s'élevait à 1'646 fr. 91, soit un degré d'invalidité de 3,41 %. Ce taux ne lui ouvrait ainsi pas le droit à une rente, ni à une mesure de reclassement.

Le 20 avril 2015, l'assurée a transmis à l'OAI un document signé par le Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la psychologue D._____ attestant qu'elle avait débuté un suivi psychothérapeutique auprès de la [...] d' [...] le 25 mars 2015.

Le 10 juillet 2015, l'assurée, par le biais de son assurance de protection juridique, a fait parvenir à l'OAI un rapport du 3 juillet 2015 du Dr B._____ dans lequel ce dernier indiquait que des examens avaient mis en évidence une tendinopathie et une tendinobursite du sus-épineux de l'épaule gauche avec conflit sous-acromial dans le cadre d'un acromion crochu de type 3. Au vu du résultat très insatisfaisant obtenu du côté droit, il préconisait un traitement symptomatique à gauche. Le Dr B._____ précisait qu'il s'agissait d'une aggravation de l'état préexistant de sa patiente et qu'il lui paraissait évident que celle-ci devait bénéficier d'une rente AI ou d'un reclassement professionnel dans une activité adaptée. Dans ces conditions, l'assuré demandait à l'OAI de bien vouloir reprendre l'instruction de son dossier afin d'analyser sa capacité de travail résiduelle.

Le 14 juillet 2015, l'assurée a transmis à l'OAI une attestation du Dr F._____ et de la psychologue D._____ mentionnant qu'elle souffrait d'un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), d'un trouble de la personnalité sans précision (F60.9), de difficultés liées à certaines situations psycho-sociales (Z64) et de difficultés liées au logement et aux conditions économiques (Z59).

Dans son avis du 24 juillet 2015, le SMR a estimé que les difficultés liées à certaines situations psycho-sociales et les difficultés liées

au logement et aux conditions économiques étaient des diagnostics sortant du cadre de l'Al. Le trouble de la personnalité n'était pas précisé et le trouble anxieux et dépressif mixte correspondait, selon la CIM-10, à des symptômes anxieux et dépressifs sans prédominance des uns ou des autres, dont l'intensité ne justifiait pas de diagnostic séparé et donc pas d'incapacité durable. Sur le plan somatique, le SMR a considéré que la situation s'était effectivement aggravée, avec une atteinte à l'autre épaule. Il était cependant d'avis que la capacité de travail dans une activité adaptée et les limitations fonctionnelles devaient être peu éloignées de ses conclusions. Néanmoins, le SMR préconisait de réinterroger le Dr B. _____ en novembre 2015.

Dans un rapport du 20 novembre 2015, le Dr B. _____ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de capsulite rétractile de l'épaule droite sur status post réparation de la coiffe des rotateurs et acromioplastie de décompression, ainsi que de tendinopathie de la coiffe des rotateurs sur conflit sous-acromial de l'épaule gauche. Il relevait, s'agissant de l'épaule droite, une importante limitation fonctionnelle active comme passive avec des mouvements combinés main-nuque main-lombes impossibles, et pour ce qui était de l'épaule gauche, « pas de limitation fonctionnelle, mais des arcs douloureux au-dessus de l'horizontale, tant en abduction qu'en flexion antérieure ». Il précisait que les douleurs, tant au niveau de l'épaule droite que de l'épaule gauche, étaient présentes de façon pratiquement continues, réveillaient régulièrement la patiente la nuit. Elles étaient bien évidemment augmentées à l'effort, interdisant en particulier tout effort au-dessus de l'horizontale et ce des deux côtés. Pour le Dr B. _____, la capacité de travail était de l'ordre de 50% dans une activité adaptée ne sous-entendant aucun effort au-dessus de l'horizontale avec les deux épaules et aucun port de charge. Une activité à un taux supérieur n'était selon lui pas envisageable du fait que, même au repos, la patiente se plaignait de douleurs au niveau de ses épaules. Ainsi, même un travail de type secrétariat, réception ou autre, n'était pas envisageable à plus de 50%.

Dans un avis du 1^{er} décembre 2015, le SMR a déclaré que l'importante limitation fonctionnelle de l'épaule droite avait déjà été prise en compte. Quant à l'épaule gauche, le SMR observait que selon le Dr B._____, il n'y avait pas de limitation fonctionnelle, mais seulement des arcs douloureux au-dessus de l'horizontale en abduction et en flexion antérieure. Dans ces conditions, le SMR expliquait qu'il ne pouvait pas suivre le Dr B._____ s'agissant de l'exigibilité de 50 % dans une activité adaptée, puisqu'il ne signalait aucune limitation de l'épaule gauche et que celles de l'épaule droite avaient déjà été prises en compte. Il n'y avait donc aucune raison de s'écarter d'une pleine exigibilité dans une activité adaptée.

Par décision du 17 mars 2016, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} juin 2013 au 28 février 2015, pour les raisons développées dans son projet de décision du 15 janvier 2015.

C. Par acte du 29 avril 2016, S._____ a interjeté recours à l'encontre de la décision du 17 mars 2016, concluant à ce qu'elle soit mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement à ce que le dossier soit renvoyé à l'OAI afin qu'il mette sur pied une expertise psychiatrique. A titre encore plus subsidiaire, elle concluait à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité. En substance, la recourante reproche à l'OAI d'avoir totalement passé sous silence ses problèmes psychiques, pourtant étayés au dossier, et qui ont manifestement une influence sur sa capacité de travail. A cet égard, la recourante soutient qu'elle souffre d'un trouble psychiatrique qui l'entrave dans la possibilité d'exercer un nouvel emploi et qu'elle doit pour ce motif bénéficier d'une rente entière d'invalidité. Elle ajoute qu'à tout le moins, une expertise psychiatrique devrait être mise en œuvre afin de déterminer avec précision l'incidence du trouble psychiatrique sur sa capacité de travail. Dans un second moyen, elle invoque que c'est à tort que l'OAI estime que les troubles physiques dont elle souffre ne l'empêchent pas d'exercer une activité adaptée. Se fondant sur l'appréciation du Dr B._____, elle considère que ses problèmes aux deux épaules l'empêchent d'exercer une activité adaptée à plus de 50 %, précisant qu'elle ne voit d'ailleurs pas vraiment quel type de travail elle

pourrait encore exercer à plein temps. Elle ajoute que l'OAI n'a pas tenu compte d'une perte de rendement dans un emploi adapté alors que compte tenu de ses problèmes physiques, il est certain qu'elle ne pourra jamais exercer d'activité adaptée avec un plein rendement.

Dans sa réponse du 23 juin 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours, renvoyant à ses précédentes explications, en particulier aux avis du SMR du 24 juillet et 1^{er} décembre 2015.

Le 16 août 2016, la recourante a confirmé ses conclusions et requis la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al.1 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20

décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]).

c) En l'espèce, interjeté dans le respect du délai légal et des autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a).

b) Le litige porte en l'espèce sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel, en particulier à une mesure de reclassement, au-delà du 28 février 2015.

3. a) Selon la jurisprudence, le bien-fondé d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps, doit être examiné à la lumière des conditions de révision du droit à la rente. Aux termes de l'art. 17 LPGA, 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. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. notamment TF 8C_180/2009 du 8 décembre 2009 consid. 3 et réf. cit. ; TF 9C_718/2009 du 4 février 2010 consid. 1.2 et réf. cit.).

b) Lors de l'octroi d'une rente échelonnée ou limitée dans le temps, le moment déterminant pour effectuer la comparaison est, d'une part, le moment du début du droit à la rente et, d'autre part, celui de la diminution ou de la suppression de la rente en application du délai de trois mois prévu à l'art. 88a RAI [règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS. 831.201] ; Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève/Zurich/Bâle 2011, pp. 833s n° 3068 et réf. cit. ; cf. également TF 9C_134/2015 du 3 septembre 2015 consid. 4.1 et réf. cit.).

4. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

En vertu de l'art. 7 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

b) A la teneur de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGa) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40 % au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière. L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGa) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGa) à 40 % au moins (let. c).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 LPGa. On ne considère toutefois pas comme des conséquences d'un état psychique maladif – donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité – les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté, la mesure de ce qui est exigible devant être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic

émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

5. a) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et réf. cit.). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

b) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, 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 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). Il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et réf. cit. ; Pratique VSI 2001 p. 106, consid. 3b/cc).

En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent également se voir reconnaître une valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et réf. cit. ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

6. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGa). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6).

b) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b; ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d et réf. cit.).

7. En l'espèce, la recourante conteste, d'une part, l'appréciation de la capacité de travail telle que retenue par l'intimé sur le plan somatique. D'autre part, elle reproche à l'OAI d'avoir mené une instruction lacunaire du volet psychique et requiert la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

a) Sur le plan somatique tout d'abord, on rappellera que la recourante s'est blessée à l'épaule droite lors d'une chute le 14 janvier 2012. Selon les certificats médicaux produits au dossier, elle a été en incapacité de travail totale à partir du 4 février 2012. Le 26 avril 2012, elle a subi une arthroscopie de l'épaule droite, une synovectomie, une réparation transtendineuse de la coiffe des rotateurs, une acromioplastie et résection de la clavicule distale inférieure et une bursectomie partielle sous-acromiale. Malgré cette intervention, le Dr B._____ a constaté la persistance de limitations fonctionnelles de l'épaule droite, sa patiente se plaignant en outre de douleurs et d'une perte de la mobilité de cette articulation.

Cependant, lors de son examen du 20 juin 2014, le Dr A._____ a observé que le périmètre du bras droit, entre l'épaule et le coude, au niveau du muscle du biceps, était plus élevé que celui du côté gauche. Or comme le relève ce médecin, lorsque, pendant deux ans, un

membre supérieur n'est pas utilisé, surtout lorsqu'il est dominant, on trouve en général une atrophie musculaire sur ce côté-là, ce qui n'est pas le cas de la recourante. Cette appréciation est partagée par le Dr L._____, qui, dans son rapport du 26 novembre 2014, indique qu'il n'y a pas d'amyotrophie des membres supérieurs avec des périmètres du bras droit de 33.5 cm à 10 cm du pli du coude contre 31.5 cm à gauche. Au niveau de l'avant-bras, il observe certes une discrète diminution du périmètre de l'avant-bras droit, mais non significative, ainsi qu'une discrète amyotrophie du deltoïde droit. Pour le Dr L._____, ce status parle donc également contre une non-utilisation du membre supérieur. Le Dr L._____ relève aussi que la force des membres supérieurs est globalement bien conservée, de même que la sensibilité des quatre membres. Il note au surplus que si la mobilité de l'épaule droite est limitée, en raison en partie d'une résistance volontaire de la recourante, il existe une nette amélioration de l'antépulsion et de l'abduction actives et passives ainsi que de la rotation externe de l'épaule droite par rapport aux valeurs relevées par le Dr A._____ lors de son expertise. Enfin, le Dr L._____ rejoint le Dr A._____ s'agissant de la lecture des résultats de l'IRM du mois de février 2014, examen qui s'avère pratiquement normal, ne montrant notamment pas de déchirure ligamentaire, ni d'épanchement dans la bourse acromiodeltoïdienne, d'œdème osseux ou encore de lésion dans la musculature étudiée.

Dans ces conditions, le Dr L._____ est d'avis que l'activité de femme de ménage n'est plus exigible. Il considère par contre que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir sans élévation supérieure de l'épaule droite à plus de 60°, sans travail nécessitant la mise de la main derrière le dos ou le lever de charges de plus de 5 kg avec le membre supérieur droit, la capacité de travail de la recourante est de 100 % depuis l'expertise, soit dès le 24 novembre 2014.

b) Il n'y a en l'espèce aucune raison de s'écarter de l'appréciation du Dr L._____, qui se fonde notamment sur une analyse complète du dossier et sur un examen clinique particulièrement bien étayé, et dont les conclusions sont claires et convaincantes. En particulier,

il n'y a pas lieu de mettre en œuvre la mesure préconisée par le Dr A._____, à savoir un examen de l'épaule droite sous anesthésie, puisque que comme l'explique le Dr L._____, au vu de l'amélioration de la mobilité de l'épaule depuis l'examen du Dr A._____, il est en mesure de se déterminer sans cet examen invasif. Quant à la problématique survenue par la suite au niveau de l'épaule gauche, elle ne permet pas de s'écarter de l'avis du Dr L._____. Certes, la recourante présente actuellement une tendinopathie de la coiffe des rotateurs sur conflit sous-acromial de l'épaule gauche. Cependant, comme le relève le Dr B._____, il n'y a pas de limitations fonctionnelles relatives à cette articulation, mais uniquement des arcs douloureux au-dessus de l'horizontale. Autrement dit, cette atteinte n'empêche pas l'exercice d'une activité adaptée telle que décrite par le Dr L._____. De surcroît, s'agissant des limitations fonctionnelles de l'épaule droite mentionnées par le Dr B._____ dans son rapport du 20 novembre 2015, force est de constater qu'elles ont déjà été prises en considération par le Dr L._____ dans son rapport du 26 novembre 2014.

Il convient dès lors d'admettre que l'état de santé de la recourante au niveau de l'épaule droite s'est effectivement amélioré à partir du mois de novembre 2014, ce qu'en réalité le Dr B._____ ne conteste pas, puisque dans son rapport du 20 novembre 2015, il admet une capacité de travail de 50 % dans une profession adaptée, alors que dans ses précédents rapports, il considérait que cette capacité était nulle dans toute activité. Ce médecin n'explique cependant pas pour quelle raison il s'écarte de l'appréciation circonstanciée du Dr L._____ s'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, se contentant en fin de compte d'opposer sa propre appréciation à celle de son confrère, ce qui n'est pas suffisant pour remettre en doute les conclusions bien étayées du Dr L._____. Par conséquent, l'avis du Dr B._____ ne saurait être suivi sur ce point.

c) Ainsi, sur le plan somatique, force est de constater que la recourante présente bel et bien une amélioration de la mobilité de l'épaule droite, permettant une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles

depuis la date de l'expertise, et que la problématique de l'épaule gauche survenue ultérieurement n'impacte pas ce constat.

d) La recourante conteste également l'appréciation du volet psychique telle que réalisée par l'OAI.

Or rien ne permet de conclure que l'état de santé de la recourante sur le plan psychique serait invalidant. En effet, les deux attestations du Dr F._____ et de la psychologue D._____ sont extrêmement succinctes et font état de diagnostics qui ne ressortent pas de l'AI, à savoir de difficultés liées à certaines situations psycho-sociales et de difficultés liées au logement et aux conditions économiques. S'agissant du diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte et de trouble de la personnalité sans précision, on observera que le psychiatre ne constate aucune influence de ces atteintes sur la capacité de travail de sa patiente. Quant au Dr R._____, qui n'est au demeurant pas psychiatre (cf. consid. 4b supra), il évoque certes la possibilité d'un état dépressif, mais sans formellement poser ce diagnostic et sans se prononcer sur une éventuelle conséquence de cette atteinte sur la capacité de travail de la recourante (cf. son rapport du 11 mars 2014).

Dans ces conditions, la situation de la recourante sur le plan psychique ne saurait être considérée comme invalidante, ainsi que le relève d'ailleurs à juste titre le SMR dans son avis du 24 juillet 2015.

8. Il convient ainsi d'examiner le droit à la rente de la recourante.

Dans la décision entreprise, l'OAI considère à juste titre que la recourante présente une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 4 février 2012 et que c'est à partir de cette date que commence à courir le délai d'attente d'une année prévu par l'art. 28 LAI. A l'échéance de ce délai, soit le 4 février 2013, l'incapacité de travail est totale, dans toute activité. Toutefois, le droit à la rente ne prend naissance qu'à l'échéance du délai de six mois à compter de la date à laquelle l'assurée a

fait valoir son droit aux prestations, soit en l'occurrence le 31 décembre 2012. Le droit à une rente entière est ainsi ouvert depuis le 1^{er} juin 2013.

L'OAI estime que l'état de santé de la recourante s'est par la suite amélioré, et que la reprise d'une activité adaptée à son état de santé et à ses limitations fonctionnelles est exigible à 100 % depuis le 24 novembre 2014, appréciation qui n'est pas critiquable. Par conséquent, pour la période postérieure à cette date, l'OAI a procédé à une comparaison des revenus avec (46'621 fr. 09) et sans invalidité (48'268 fr.) et a constaté que la perte de gain s'élevait à 1'646 fr. 91, soit un taux d'invalidité de 3.41 % qui n'ouvre pas le droit à une rente d'invalidité.

Compte tenu de ce qui précède, la recourante a effectivement droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} juin 2013 au 28 février 2015, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé (art. 88a al. 1 RAI). A partir de cette date, la recourante ne présente plus de taux d'invalidité suffisant pour lui ouvrir le droit à une rente.

La décision querellée doit ainsi être confirmée sur ce point, étant précisé que les montants pris en considération par l'OAI dans son calcul, contrôlés d'office et au demeurant non contestés par la recourante, ne prêtent pas le flanc à la critique.

9. Reste à examiner la question du droit au reclassement.

a) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée.

En vertu du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente, ancré à l'art. 28 al. 1 let. a LAI, la rente doit céder le pas aux mesures de réadaptation qui visent à rétablir, à développer et à sauvegarder la capacité de gain ou celle d'accomplir les travaux habituels (Valterio, op. cit., p. 532 n° 2016 et réf. cit.). La conséquence de ce

principe est qu'avant de se prononcer sur le droit à la rente, les offices AI doivent examiner d'office, sans égard à la demande présentée par l'assuré, toutes les possibilités de réadaptation qui pourraient être nécessaires et de nature à rétablir sa capacité de gain ou d'accomplir les travaux habituels, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage (Valterio, op. cit., p. 533 n° 2018 et réf. cit.).

b) S'agissant des mesures de reclassement en particulier, un assuré a droit à de telles mesures lorsqu'en raison de la nature et de la gravité de l'atteinte à la santé, il subit une diminution durable de la capacité de gain de 20 % environ dans son activité lucrative antérieure ou dans les activités lucratives exigibles sans formation professionnelle additionnelle (TF 9C_511/2015 du 15 octobre 2015 consid. 3 et réf. cit.).

c) Or en l'espèce, comme on l'a vu ci-dessus (cf. supra consid. 8), il résulte que la recourante présente un degré d'invalidité de 3.41 %, de sorte qu'elle n'atteint ainsi pas le seuil de 20 % ouvrant le droit à des mesures de reclassement.

10. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par la recourante, à savoir la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents sur le plan psychique ayant pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; cf. supra consid. 6b supra).

11. a) En conséquence, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure est onéreuse et la recourante, qui voit ses conclusions rejetées, devra supporter les frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI et art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD), arrêtés à 500 fr.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

**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 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 17 mars 2016 est confirmée.
- III.** Les frais, par 500 fr. (cinq cents francs), sont mis à la charge de S._____.
- 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 :

- CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA (pour S._____),
- 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 :