

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 22 février 2018

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
MM. Neu et Piguët, juges  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**C.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Bernard de Chédid,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6ss et 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 15, 17 al. 1, 18 al. 1 et 28 al. 1-2  
LAI ; 88a al. 1 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** Le 29 janvier 2014, C.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mère de deux enfants majeurs, sans formation, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en faisant état d'un cancer au sein droit. Dans un rapport du 13 janvier 2014 joint, le DrE.\_\_\_\_\_, spécialiste en radio-oncologie (ou radiothérapie), a posé le diagnostic de cancer du sein depuis le mois de septembre 2013, traité par radiothérapie jusqu'au 6 décembre 2013. Il estimait l'incapacité de travail de l'assurée à 100% dès le 23 octobre 2013.

Selon l'extrait de son compte individuel, l'assurée a travaillé en 1989 et 1990 dans la restauration, de 1990 à 1996 comme aide-soignante, et à compter de 1998 auprès de la S.\_\_\_\_\_ comme employée de maison.

Selon une fiche d'examen du 5 février 2014 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), l'assurée a confirmé être en totale incapacité de travailler, sans qu'une date de reprise de son activité ne soit prévue.

Dans un rapport du 19 février 2014 à l'OAI, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et en oncologie, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de carcinome canalaire *in situ* de grade intermédiaire au sein droit (le 23 août 2013) et de tumorectomie élargie sous-aréolaire du sein droit (le 24 septembre 2013) confirmant un carcinome canalaire *in situ* de grade intermédiaire, R0. Il a constaté une totale incapacité de travail du 23 août 2013 au 9 mars 2014 en raison d'une opération pour un carcinome *in situ* traitée par radiothérapie adjuvante avec la prescription d'une hormonothérapie adjuvante par Tamoxifène durant cinq ans. Les restrictions physiques consistaient en une asthénie et essentiellement des douleurs au niveau du membre supérieur droit liées à l'intervention chirurgicale et à la radiothérapie. Pour

le Dr H.\_\_\_\_\_, une amélioration de la capacité de travail de l'assurée à 50% était attendue dès le 10 mars 2014.

Selon le « questionnaire pour l'employeur », complété le 3 mars 2014 par la S.\_\_\_\_\_ à [...], l'assurée avait œuvré comme employée de maison à plein temps du 9 mars 1998 au 19 septembre 2013, avec une reprise à 50% prévue le 10 mars 2014. Son revenu mensuel s'élèverait à 4'711 fr. (part au 13<sup>ème</sup> salaire non comprise) depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2014, ce qui correspondait à un revenu annuel de 61'243 fr. (4'711 fr. x 13).

Aux termes d'un rapport d'évaluation initial du 31 mars 2014 consécutif à un entretien du 24 mars 2014 avec l'assurée, le spécialiste en réinsertion professionnelle à l'OAI en charge du cas s'est notamment exprimé comme suit :

"[...]

6. Observations (point de vue du conseiller)

Suite à l'opération, elle a dû suivre des séances de radiothérapie. Elle a maintenant commencé un traitement d'hormonothérapie. Son médecin lui a demandé de reprendre son activité à 50% pour voir comment ça se passait. Elle a fait un jour et s'est retrouvée à nouveau en arrêt de travail. L'activité est trop contraignante pour son bras.

Madame C.\_\_\_\_\_ évoque sa fatigue. Elle ne s'est jamais sentie aussi fatiguée qu'à l'heure actuelle. Elle dort énormément et se sent toujours fatiguée. Elle parle aussi de ses douleurs au niveau du bras. Elle a de la difficulté à lever le bras à l'horizontale. Les actes de la vie quotidienne comme s'habiller ou se laver les cheveux provoquent des douleurs. [...]"

Dans un rapport du 20 juin 2014 à l'OAI, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a posé le diagnostic d'épaule gelée droite depuis six mois, avec la précision « cas non stabilisé, guérison probable ».

Le 10 octobre 2014, le Dr F.\_\_\_\_\_ a répondu comme suit aux questions adressées dans l'intervalle par l'OAI en lien avec l'évolution de la situation de l'assurée :

“[1. Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ?]

Lentement favorable

[2. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ?  
Depuis quand ?]

0

[3. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ?  
Depuis quand ?]

Elle pourrait travailler dans une activité où les bras sont plutôt en bas, sans soulever des charges.

[4. Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?]

Incapacité abduction > 90°

Rotations limitées

Douleurs en diminution

[5. Quels sont les dates et les taux précis des arrêts de travail ?]

100% dès le 8/5/14

[6. Quels sont les traitements en cours ?]

Physio. elle-même et chez le physio., en gros : tous les jours

[7. Autres remarques]

---

Dans un rapport du 3 novembre 2014, le Dr P. \_\_\_\_\_, du SMR (Service médical régional de l'AI), a retenu en tant qu'atteinte principale à la santé un status post-épaule gelée droite (M75) et comme pathologie associée du ressort de l'assurance-invalidité un carcinome canalaire *in situ* de grade intermédiaire du sein droit, en rémission. Ce médecin a constaté une totale incapacité de travail de l'assurée dès le 20 septembre 2013, puis à 50% depuis le 10 mars 2014 (post-cancer). A partir du 10 octobre 2014 (épaule gelée), la capacité de travail était totale dans une activité adaptée, « à traduire en termes de métier par un spécialiste REA ». Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de travail avec les bras au-dessus de la tête, ni de travail en hauteur et pas de port de charges supérieures à cinq kilos. Le Dr P. \_\_\_\_\_ a résumé la situation comme suit :

“Notre position : nous sommes en présence d'une évolution favorable sur le plan carcinologique dès le 10.03.14 avec 50% de CT [capacité de travail] : l'absence de chimiothérapie, et la fin des traitements lourds à 6 mois traduit une forme mineure, dont l'évolution est favorable ; on peut donc considérer que le cancer est

en rémission. Sur le plan orthopédique, l'IT [incapacité de travail] est de 100% depuis le 01.01.14, et elle est postérieure à la date d'IT du cancer. Par contre, l'orthopédiste indique bien un 100% depuis le 10.10.14 (soit au délai de carence dans une AA [activité adaptée]). La situation étant claire, nous vous proposons de conclure comme suit."

Dans un avis SMR du 2 février 2015, le Dr P. \_\_\_\_\_ a noté une grande fatigue et surtout un important problème de mobilité au niveau du bras droit (bras dominant) évoqués par l'assurée en entretien le 27 janvier 2015. Reprenant le rapport du 10 octobre 2014 du Dr F. \_\_\_\_\_ qui estimait pour sa part que l'intéressée « pourrait travailler dans une AA [activité adaptée] » ainsi que des atteintes et limitations fonctionnelles retenues, le Dr P. \_\_\_\_\_ a constaté l'absence d'arguments susceptibles d'entraver l'intéressée dans un poste mono-manuel, y compris dans une activité adaptée médico-théorique sur le plan orthopédique, et ceci à plein temps. L'assurée déclarait de son côté que l'orthopédiste traitant la créditait d'une capacité de travail résiduelle de 30% de sorte qu'il était suggéré à l'OAI de recueillir un nouveau rapport auprès du Dr F. \_\_\_\_\_ afin de faire le point puis procéder, le cas échéant, à une évaluation ortho-ou rhumatologique.

Le 30 avril 2015, le Dr F. \_\_\_\_\_ a répondu comme il suit au nouveau questionnaire de l'OAI :

"[1. Quelle est l'évolution clinique depuis le dernier trimestre 2014, notamment en février 2015 ?]  
Stagnante.

[2. Status actuel détaillé ?]  
Abduction 120°, élévation 140°, pouce sur L1 douleurs persistantes et « fatigue ».

[3. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle d'employée de maison ? Depuis quand ?]  
J'avais essayé de la faire reprendre à 25% début février, mais il faut voir avec le Dr D. \_\_\_\_\_, à qui je l'ai renvoyée.

[4. Si elle n'est pas intégralement recouverte, la capacité de travail pourrait-elle l'être dans une autre activité, médicalement adaptée ? si oui, depuis quand ? si non, pour quelles raisons exactement ?]  
Du point de vue strictement orthopédique oui, début mars 2015.

[5. Quelles sont les limitations fonctionnelles résiduelles d'ordre strictement orthopédique ?]

- gestes au-dessus de 90°
- charges de plus de 2 kg

[6. Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ?]

Voir avec Dr D. \_\_\_\_\_

[7. Autres remarques]”

Le 13 mai 2015, l'assureur perte de gain A. \_\_\_\_\_ (ci-après : A. \_\_\_\_\_) a produit les nouveaux éléments suivants du dossier médical de l'assurée :

- un certificat du 24 avril 2015 du Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale et médecin traitant, attestant une incapacité de travail de l'assurée à 75% en raison de maladie, du 2 mars au 30 avril 2015 ;

- un rapport du 27 avril 2015 du Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, mandaté en qualité d'expert par A. \_\_\_\_\_, basé sur un examen clinique du 22 avril 2015, le dossier médical de l'assurée ainsi qu'une échographie réalisée le même jour. Cet expert a posé les diagnostics de tendinopathie de la coiffe et déchirure partielle du sus-épineux de l'épaule droite, avec conflit sous-acromial et bursite, et de status après tumorectomie sous aréolaire du sein droit le 24 septembre 2013 et radiothérapie du même sein du 4 novembre au 6 décembre 2013. Sous la rubrique « plaintes actuelles » de son rapport, l'expert a notamment relevé un moral mauvais en présence d'une assurée triste et déprimée, sans idées suicidaires et qui n'était pas suivie sur le plan psychologique mais avait pris un temps du Xanax pour l'aider à dormir. L'expert s'est exprimé comme il suit :

“Appréciation

C. \_\_\_\_\_ est une assurée d'origine portugaise âgée de 53 ans. Elle est arrivée en Suisse à l'âge de 23 ans. Elle a travaillé comme jeune fille au pair, aide de restauration, auxiliaire de santé dans un EMS puis, dès 1988, comme employée de maison à la clinique S. \_\_\_\_\_ à [...] à 100 %.

En été 2013, un cancer du sein droit est découvert. Elle est opérée avec une mastectomie partielle le 24 septembre 2013. Elle doit subir une radiothérapie adjuvante, terminée au début décembre 2013. 2 à

3 semaines après l'opération, elle ressent des douleurs de l'épaule droite avec des difficultés à la mobilisation, qui persistent depuis lors. Elle est adressée à un orthopédiste qui évoque un diagnostic d'épaule gelée et lui prescrit de nombreuses séances de physiothérapie. Malgré des douleurs persistantes, elle a repris son activité à raison de 2 heures par jour depuis mi-février 2015.

De l'étude du dossier succinct, on retient un diagnostic de l'épaule gelée ou capsulite rétractile après une mastectomie, ce qui n'est pas exceptionnel. L'orthopédiste annonce cependant d'autres facteurs de mauvaise évolution en mars 2015.

Les plaintes de l'assurée concernent des douleurs mal systématisées, principalement mécaniques, parfois également nocturnes, de l'épaule droite mais également de la région cervicale et du bras droit. Elle annonce aussi une fatigue, une symptomatologie dépressive et des douleurs multiples intermittentes.

L'examen de l'assurée nous met en présence d'une femme de 53 ans en bon état général. Elle se montre tout à fait collaborante mais s'autolimité dans les mouvements du membre supérieur droit. Tous les mouvements de l'épaule droite sont annoncés comme douloureux. Elle a des douleurs assez diffuses à la palpation de la musculature cervico-scapulaire, brachiale et de l'avant-bras mais également sur les membres inférieurs. On note l'absence d'amyotrophie de la ceinture scapulaire avec un status neurologique normal des membres supérieurs et une bonne force distalement.

L'I.R.M [imagerie par résonance magnétique] de l'épaule droite effectuée le 16 avril 2014 n'est pas à disposition mais le rapport mentionne des déchirures partielles du sus-épineux et du sous-épineux avec des signes de conflit sous-acromial, une légère arthrose acromio-claviculaire, hypertrophique avec une bursite sous acromio-deltoïdienne.

L'échographie que j'ai effectué le jour de l'expertise confirme des signes de tendinopathie de la coiffe principalement au niveau du sus-épineux.

Au total, le tableau clinique actuel ne parle pas pour une capsulite rétractile, vu la normalité des mobilités passives en rotation. Rétrospectivement, on ne peut assurer qu'il y a effectivement eu une capsulite rétractile. A ce propos, on peut relever que la présence d'une petite quantité de liquide articulaire sur une IRM native ne permet pas de déduire l'existence d'une capsulite rétractile s'il n'y a pas eu d'arthrographie préalable. Il y a, par contre, objectivement des signes de tendinopathie, voire de déchirure partielle de la coiffe dans un contexte de conflit sous-acromial avec une bursite déjà présente depuis avril 2014.

Il y a, par ailleurs, des signes d'abaissement du seuil douloureux avec des douleurs qui dépassent ce qu'on peut attendre, d'une pathologie de la coiffe et une symptomatologie dépressive. Ces deux éléments peuvent jouer un rôle défavorable dans l'évolution. Une partie de la symptomatologie peut être en relation avec le traitement de Tamoxifène qu'elle prend depuis février 2014: on

trouve en effet dans le Compendium la mention de l'existence très fréquente d'un épuisement et d'une fatigue, de crampes musculaires et de myalgies ainsi que des bouffées de chaleur.

Du point de vue oncologique, la situation semble favorable, selon l'avis de l'oncologue. Anamnestiquement, le gynécologue trouve également la situation satisfaisante. Il n'y a donc, de ce point de vue, pas de limitation de la capacité de travail.

Sur le plan thérapeutique, il paraît illusoire d'obtenir une amélioration en continuant simplement les séances de physiothérapie habituelles. À mon avis, vu la fin en queue de poisson des relations thérapeutiques avec les Drs F. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_, je propose au nouveau généraliste d'adresser l'assurée à un spécialiste de l'épaule pour la réalisation d'une infiltration sous-acromiale permettant de confirmer le conflit sous-acromial et de traiter la bursite.

Vu les douleurs musculaires cervico-scapulaires mais également rachidiennes et des autres membres, une rééducation en piscine chaude (par exemple à la Clinique [...] ou à [...]) pourrait être bénéfique.

La pathologie de l'épaule droite justifie une limitation de la capacité de travail dans les activités contraignantes pour cette articulation. Il y a des limitations fonctionnelles pour les travaux en élévation des membres supérieurs et ceux nécessitant des efforts répétitifs.

Au vu de ce qui précède, je puis répondre comme suit aux questions posées :

[...]

*Votre avis quant au taux d'incapacité actuelle et future dans la profession actuelle ?*

La pathologie de l'épaule droite entraîne une incapacité de travail dans les efforts contraignants pour cette articulation, ce qui peut être le cas dans son activité habituelle. Dans la mesure où celle-ci peut être adaptée en évitant le port de charges et les travaux en élévation du membre supérieur droit, une augmentation progressive de la capacité de travail est possible. Idéalement, il faudrait prendre contact avec l'employeur pour savoir si une telle adaptation est possible.

Si une prise en charge adaptée à la pathologie de l'épaule permet une amélioration, la capacité de travail dans l'activité habituelle pourrait être améliorée. Dans le cas contraire et si une adaptation du poste de travail n'est pas possible, il faudra envisager un changement professionnel pour une activité respectant les limitations fonctionnelles susmentionnées.

*Votre avis quant au taux d'incapacité actuelle et future dans une profession adaptée au handicap ?* Dans une activité adaptée, l'assurée aurait théoriquement une capacité [de] travail de 100% dès à présent.

*Des mesures de réinsertion de l'AI (selon 14a LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]) vous semble[nt]-t-elles compatibles avec l'état de l'assurée (être capable d'assumer un*

*temps de présence professionnelle d'au moins 2h/j pendant 4j/sem) et seraient-elles bénéfiques ?*

Vu la durée d'évolution et l'existence d'une pathologie chronique de la coiffe, des mesures professionnelles peuvent être envisagées et bénéfiques. Dans une activité adaptée, un horaire normal peut être envisagé.

*En cas de reprise du travail, avez-vous avisé a) l'assurée b) son médecin traitant de vos conclusions ?*

J'ai averti l'assurée qu'une augmentation du temps de travail serait justifiée avec une adaptation du poste de travail et que, dans une activité adaptée, un taux de 100 % serait théoriquement exigible. Un double de la présente expertise est adressé au nouveau généraliste, le Docteur E.\_\_\_\_\_.

*Votre pronostic ?* Le pronostic est réservé compte tenu des anomalies de la coiffe. Il y a par ailleurs des éléments non médicaux à proprement parler, telles que la longue durée d'incapacité de travail et les problèmes relationnels avec les médecins traitants qui obscurcissent la perspective de la reprise d'activité professionnelle.

*Votre proposition de traitement ?* Voir ci-dessus.

*L'assurée a-t-elle déjà été soignée pour cette maladie ? Dans l'affirmative, quand ?* Pas à ma connaissance." ;

- un courrier recommandé, daté du 14 mai 2015, aux termes duquel A.\_\_\_\_\_ a informé l'assurée de la fin du versement des indemnités journalières avec effet au 31 août 2015 « tenant ainsi compte d'un délai de transition raisonnable ». Selon ses investigations, l'intéressée était en effet apte à retravailler dans une activité adaptée à 100% dès le 27 avril 2015.

Dans un avis du 8 juin 2015, le Dr Z.\_\_\_\_\_, du SMR, a pris position comme suit sur les derniers éléments recueillis par l'OAI au dossier :

“Voir rapport SMR du 03.11.2014 et avis permanence du 02.02.2015

Il était conclu à la CT nulle dans l'activité d'employée de maison, et entière dès le 10.10.2014 en toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : travail au-dessus de la tête, en hauteur, port de charge au-delà de 5kg ; l'assurée souffre d'une épaule gelée D (membre dominant) dans le cadre du traitement du cancer mammaire D *in situ*. L'assurée n'admet pas une CT supérieure à 30% en [une] activité adaptée.

En mars 2015, le Dr F.\_\_\_\_\_, orthopédiste FMH, répond à vos questions ; on comprend que c'est depuis le début mars 2015 que la

CT est entière en toute activité adaptée aux limitations suivantes : gestes au-dessus de 90° et port de charges au-delà de 2kg ; on sait l'évolution stagnante, avec une abduction à 120°, élévation à 140°, le pouce en L1, les douleurs persistantes et la « fatigue ».

Du dossier APG, on retiendra la pleine CT en toute activité adaptée dès le 27.04.2015. Dite APG s'est basée sur le rapport d'expertise du Dr I.\_\_\_\_\_, médecine interne et rhumatologie FMH, daté du 27.04.2015, qui retient au plan rhumatologique la tendinopathie de la coiffe et déchirure partielle du sus-épineux de l'épaule D, avec conflit sous-acromial et bursite. Limitations fonctionnelles : travail en élévation et travail répétitif du membre supérieur D (en fait l'expert a écrit « des membres supérieurs » ; mais rien ne permet d'inclure le membre supérieur G).

Finalement le Dr E.\_\_\_\_\_ a également été interrogé (18.05.2015), mais je ne trouve pour le moment pas ses réponses.

Discussion : pratiquement, c'est bien une pleine CT en toute activité qu'il s'agit de retenir (l'orthopédiste F.\_\_\_\_\_ et le rhumatologue I.\_\_\_\_\_ l'attestent), et ce depuis le début mars 2015 (Dr F.\_\_\_\_\_), sachant la CT de 25% dans l'activité habituelle dès le 16.02.2015. Limitations fonctionnelles : travail en élévation et travail répétitif du membre supérieur D, port de charges au-delà de 2kg."

Dans un rapport enregistré le 17 juillet 2015 par l'OAI, le Dr E.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de déchirure partielle dorsale du tendon sus-épineux, d'arthrose acromio-claviculaire hypertrophique et de bursite sous acromio-claviculaire. Les diagnostics non invalidants étaient ceux d'ostéoporose à la limite d'un risque fracturaire augmenté et de carcinome canalaire (cancer du sein) traité par une tumorectomie et radiothérapie (en 2013). Suivant l'assurée depuis le 23 avril 2015, ce médecin évoquait un pronostic qualifié de mauvais avec la recommandation d'une éventuelle infiltration future. Le traitement consistait en de la physiothérapie avec la prise d'antalgiques et d'anti-inflammatoires. Dans la profession habituelle, il estimait l'incapacité de travail de l'assurée à 100% dès le 1<sup>er</sup> mai 2015. Les limitations physiques, valables depuis 2014, étaient : soulever / pousser / porter des charges dépassant cinq kilos (même de faible amplitude), effectuer des mouvements répétitifs de flexion ou d'extension et douleur de caractère continu avec un effet sur le comportement et la concentration. Pour le nouveau médecin traitant, l'activité usuelle n'était plus exigible, sans que des mesures de réadaptation professionnelle n'entrent en considération.

Selon une note du 20 août 2015 établie par la gestionnaire en charge du dossier à l'OAI, lors de l'annonce le 27 janvier 2015 d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée par le SMR, l'assurée avait semblé surprise. A ses dires, son médecin traitant l'avait informée du fait que seule une reprise d'activité à un taux de 30% était exigible de sa part.

En date du 9 septembre 2015, le Dr E.\_\_\_\_\_ a adressé à l'OAI un nouveau certificat du 31 août 2015 aux termes duquel il attestait une totale incapacité de travail définitive dans l'activité habituelle. Ce médecin indiquait toutefois qu'une activité adaptée restait envisageable à 100% « en ménageant le dos et le membre supérieur droit ».

Dans un rapport final du 10 septembre 2015, le spécialiste en réadaptation professionnelle à l'OAI a notamment fait part de ce qui suit s'agissant des mesures entreprises pour la réinsertion de l'assurée sur le marché du travail :

**“Résumé des mesures professionnelles mises en place et résultats :**

Lors de notre entretien du 24 mars 2014, elle nous informe avoir tenté une reprise d'activité à 50 % mais après un jour seulement, elle s'est retrouvée en arrêt de travail, l'activité étant trop contraignante pour son bras.

Lors de cet entretien, elle nous dit être inquiète face à son avenir professionnel. Nous lui proposons alors une mesure d'orientation avec stage d'évaluation au sein de la Fondation [...].

Cependant, notre assurée développe une affection douloureuse de l'épaule, «une épaule gelée». Elle mentionne que la phase de récupération fonctionnelle prendrait plusieurs mois, ce que confirme son médecin.

Mme C.\_\_\_\_\_ a informé sa conseillère de la Fondation [...] qu'elle ne se sentait pas prête à travailler sur son projet professionnel, elle ne se sentait pas suffisamment bien pour entrer dans cette démarche. La MIP [mesure d'intervention précoce] est donc interrompue.

Nous avons revu notre assurée le 7 septembre 2015 et l'informons que selon notre service médical, elle présente une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée.

Mme C.\_\_\_\_\_ mentionne avoir repris son activité habituelle à 100 % dès le 1<sup>er</sup> septembre 2015 mais l'activité est vraiment trop lourde et ne sait pas combien de temps elle sera capable de tenir le

rythme. La reprise de son emploi a exacerbé les douleurs au bras. Elle souhaite trouver une activité adaptée à ses limitations.  
[...]

#### **Aide au placement**

Notre assurée souhaite trouver une activité adaptée à ses limitations et se trouve démunie face à sa situation. Elle ne paraît pas avoir beaucoup de ressources. Elle a besoin de l'aide d'un coordinateur emploi pour l'aider dans ses démarches professionnelles notamment pour l'aider à rédiger un CV [curriculum vitae] et une lettre de motivation."

Par décision du 6 janvier 2016, confirmant un préavis rendu le 11 septembre 2015, l'OAI a alloué trois-quarts de rente à l'assurée du 1<sup>er</sup> septembre 2014 au 31 janvier 2015, en lui refusant l'octroi d'une mesure de soutien de son service de placement compte tenu de l'annonce de la reprise de l'activité habituelle à plein temps en septembre 2015. Ses motifs étaient les suivants :

#### **"Résultat de nos constatations :**

Employée de maison à plein temps dans une clinique de la place, vous présentez une incapacité de travail depuis le 20 septembre 2013 (début du délai d'attente d'une année), en raison de deux atteintes à la santé combinées (oncologique et orthopédique).

Des investigations médicales entreprises, il ressort que votre activité habituelle est totalement contre-indiquée (maximum à 25 %) par vos limitations fonctionnelles (travail en élévation et répétitif avec le membre supérieur droit - port de charges de plus de 2kg).

Une activité adaptée est en revanche exigible à 50 % dès le 10 mars 2014, et à 100 % dès octobre 2014 au plus tard.

Sans problèmes de santé, vous auriez continué votre activité habituelle en 2014, pour un salaire de CHF 61'243.00 selon votre employeur.

Dans une activité adaptée, telle qu'ouvrière dans le montage léger, des travaux de conditionnement, caissière dans une cafétéria selon notre service Réadaptation, vous auriez pu prétendre en 2014 à un revenu de CHF 24'797.00 à 50 % et CHF 49'594.75 à 100 %. Ces salaires théoriques selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) tiennent compte d'un abattement de 5 % en raison de vos limitations.

Cela étant, à l'échéance du délai de carence d'un an, le 20 septembre 2014, vous avez le droit à trois-quarts de rente (60 %). Ce degré d'invalidité est calculé comme suit :

#### **Comparaison des revenus :**

sans invalidité	CHF 61'243.00
avec invalidité	CHF 24'797.72

La perte de gain s'élève à CHF 36'445.28 = un degré d'invalidité arrondi à 60 %

Ce qui vous ouvre le droit à trois-quarts de rente pour une période limitée dans le temps. En effet, dès le 10 octobre 2014 au plus tard, votre préjudice est le suivant :

**Comparaison des revenus :**

sans invalidité	CHF	61'243.00		
avec invalidité	CHF	49'595.44		
La perte de gain s'élève à	CHF	11'647.56	=	un degré d'invalidité de 19 %

Ce degré d'invalidité ne donne pas droit à une rente, ni au reclassement, de ce fait la rente est supprimée le 31 janvier 2015, soit trois mois après cette amélioration.

Nous renonçons à vous octroyer le soutien de notre service de placement, car vous avez déclaré avoir repris votre activité habituelle à plein temps en septembre 2015, ce que nous ne pouvons toutefois pas cautionner puisque cette activité n'est pas adaptée. [...]"

Le 7 janvier 2016, l'OAI a reçu une attestation du 5 janvier 2016 du Dr E.\_\_\_\_\_, à la teneur suivante :

"Le médecin soussigné,  
Certifie que l'état de santé de la patiente désignée ci-dessus s'est modifié et a nécessité une prise en charge psycho-thérap[eut]ique auprès du centre de psychothérapie [...] depuis août 2015

Fait à la demande de la patiente pour valoir ce que de droit."

Il y figure également l'annotation manuscrite « mise en route TTT (traitement) Cymbalta + Lyrica. ».

**B.** Par acte du 5 février 2016, C.\_\_\_\_\_, alors représentée par Me Pierre-Yves Brandt, a recouru contre la décision du 6 janvier 2016 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant avec dépens à sa réforme en ce sens qu'elle est mise au bénéfice d'une rente entière sur la base d'un degré d'invalidité de 100% à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2014 et pour une durée indéterminée. Subsidiairement, elle a conclu à son annulation ainsi qu'au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction puis nouvelle décision dans le sens des considérants. Elle s'est prévaluée de l'avis de son médecin traitant, le Dr E.\_\_\_\_\_, lequel contredisait à ses yeux le rapport d'expertise du Dr

I.\_\_\_\_\_, estimant que l'intimé était dès lors tenu d'instruire davantage son état de santé global, notamment psychique. Elle reprochait au SMR d'avoir volontairement écarté l'opinion divergente de son médecin. Elle a requis dans ce cadre la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire par le Tribunal. Dans un second grief, la recourante a contesté l'évaluation de son revenu hypothétique d'invalidé en reprochant à l'intimé de l'avoir déterminé sans examen de l'ensemble des mesures de réadaptation professionnelle susceptibles d'entrer en ligne de compte. Elle alléguait un revenu mensuel de 3'000 fr., en contestant également le taux d'abattement de 5% retenu, le jugeant « très largement insuffisant, voire irréaliste ». Elle faisait valoir à cet égard la perte d'usage de son épaule blessée, son âge, son degré de formation et sa nationalité, ainsi que le nombre d'années passées dans la même activité, susceptibles de compliquer son reclassement. En lien avec la reprise de son activité habituelle d'employée de maison dans un hôpital, la recourante annonçait son licenciement intervenu au 31 janvier 2016. Elle se plaignait, à titre subsidiaire, qu'une fois son état de santé stabilisé, aucune mesure de reclassement ne lui ait été proposée.

Dans sa réponse du 31 mars 2016, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud a conclu au rejet du recours. Il s'est opposé à l'expertise sollicitée et a maintenu que les avis des spécialistes (à savoir les Drs F.\_\_\_\_\_, I.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_) devaient l'emporter sur l'appréciation divergente du Dr E.\_\_\_\_\_. Un grand nombre d'activités respectant les limitations somatiques (restriction de la mobilité de son bras droit) était par ailleurs accessible à la recourante sur le marché.

Le 6 janvier 2017, la recourante a produit un certificat du 26 avril 2016 du Dr E.\_\_\_\_\_, dont il ressort ce qui suit :

“Le médecin soussigné,  
certifie que la patiente désignée ci-dessus présente une incapacité professionnelle à 100% pour une durée actuellement indéterminée (selon avis psychiatrique).

Elle présente les diagnostics suivants :

Cancer sein droit, status post chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie.  
Algies épaule droites post radique probable.  
Trouble anxio-dépressif sévère réactionnel persistant.  
Ostéoporose.  
Syndrome métabolique.  
Rhinite chronique.

Fait à la demande de la patiente pour valoir ce que de droit.”

Le 21 juin 2017, la recourante, désormais représentée par Me Bernard de Chedid, a encore notamment fait valoir que l’OAI ne pouvait pas se baser sur les rapports des 3 novembre 2014 et 2 février 2015 du SMR pour retenir une capacité de travail de 100% dès le 10 octobre 2014, dès lors que dans ses rapports ultérieurs des 30 avril et 17 juillet 2015 le Dr F.\_\_\_\_\_, à l’instar du Dr E.\_\_\_\_\_ le 24 avril 2015, ne se prononçait pas à la faveur d’une pleine capacité de travail mais réservait ses pronostics.

Dans ses déterminations du 11 juillet 2017, l’OAI a admis avoir retenu à tort une amélioration de l’état de santé dès le 10 octobre 2014. Il observait que l’avis SMR du 8 juin 2015 constatait une telle modification à compter de mars 2015. L’OAI a ainsi modifié ses conclusions en proposant la réforme de la décision querellée dans le sens que la recourante a droit à trois-quarts de rente du 1<sup>er</sup> septembre 2014 au 31 mai 2015, trois mois après l’amélioration constatée (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l’assurance-invalidité ; RS 831.201]), la décision entreprise étant confirmée pour le surplus.

Le 9 août 2017, la recourante a maintenu sa position.

### **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. Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l’opposition n’est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA).

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

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**b)** La LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**2. a)** En tant qu'autorité de recours, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal peut examiner d'office l'ensemble des aspects de la prestation litigieuse. Elle peut toutefois aussi se limiter à se prononcer expressément sur les seuls griefs soulevés, sans exposer de manière détaillée dans le jugement les autres éléments fondant la décision, sauf si des aspects particuliers du dossier le justifient (ATF 125 V 413 consid. 2c).

**b)** Les questions litigieuses sont celles de la quotité de la rente à servir à la recourante, la durée du droit à cette prestation, ainsi que le point de savoir si des mesures de réadaptation professionnelle (reclassement) sont susceptibles d'entrer en considération.

**3. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). 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 (cf. art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie à 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

L'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: (a.) 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; (b.) il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et (c.) au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

**b)** Selon la jurisprudence, la décision qui accorde simultanément une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 125 V 413 consid. 2b ; cf. TF 9C\_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2 et 9C\_307/2008 du 4 mars 2009 consid. 3).

Selon cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est révisée pour l'avenir d'office ou sur demande. Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois

mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201]). La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; TF 9C\_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2). Savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; TF 9C\_307/2008 du 4 mars 2009 consid. 3).

**c)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se base 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\_444/2014 du 17 novembre 2014 consid. 3.1, 9C\_83/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2, 9C\_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1 et 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements médicaux 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. 2c et 105 V 156 consid. 1 ; RCC 1980 p. 263 ; Pratique VSI 2002 p. 64 ; TF 9C\_444/2014 du 17 novembre 2014 consid. 3.1, 9C\_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1, I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils 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 ; TF 8C\_624/2014 du 19 décembre 2014 consid. 5.4.2, 8C\_368/2013 du 25 février 2014 consid. 4.2.4, 9C\_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1, 9C\_1001/2012 du 29 mars 2013 consid. 2.2 et 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, 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 et la référence citée ; TF 8C\_624/2014 du 19 décembre 2014 consid. 5.4.2, 9C\_205/2013 du 1<sup>er</sup> octobre 2013 consid. 3.2, 9C\_137/2013 du 22 juillet 2013 précité, 9C\_66/2013 du 1<sup>er</sup> juillet 2013 consid. 4, 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.1, 8C\_658/2008 et 8C\_662/2008 du 23 mars 2009 consid. 3.3.1).

**d)** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, 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 doit être déterminée aussi objectivement que possible (cf. ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine* et ATF 102 V 165; cf. VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées ; TF 9C\_125/2015 du 18 novembre 2015 consid. 5.4).

**4. a)** Dans un premier moyen, la recourante conteste avoir retrouvé une capacité de travail à 100% depuis octobre 2014 dans une activité adaptée compte tenu notamment de son état de santé psychique.

Dans sa dernière écriture, l'OAI a proposé de reconnaître à l'intéressée le droit à trois-quarts de rente du 1<sup>er</sup> septembre 2014 au 31 mai 2015, soit trois mois après l'amélioration constatée au début du mois de mars 2015 par le Dr F.\_\_\_\_\_, suivi par le SMR dans son avis du 8 juin 2015. L'intimé a maintenu pour le surplus que les rapports des Drs F.\_\_\_\_\_, I.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ devaient l'emporter sur l'avis divergent du Dr E.\_\_\_\_\_.

Se pose dès lors la question de savoir si l'état de la recourante s'est effectivement amélioré au début du mois de mars 2015, de façon à influencer son droit à la rente.

**b)** Sur le strict plan oncologique, le Dr H.\_\_\_\_\_ a posé le 19 février 2014 les diagnostics de carcinome canalaire *in situ* de grade intermédiaire au sein droit (diagnostiqué le 23 août 2013) et de tumorectomie élargie sous-aréolaire de ce même sein le 24 septembre suivant. Cet oncologue a retenu une incapacité de travail de 100% du 23 août 2013 au 9 mars 2014, avec une amélioration vers un taux de 50% attendue dès le 10 mars 2014.

Toutefois, au plan orthopédique, le Dr F.\_\_\_\_\_ a constaté le 20 juin 2014, une épaule droite gelée depuis six mois, avec la précision que le cas n'était pas stabilisé. Le 10 octobre 2014, le Dr F.\_\_\_\_\_ a estimé que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, une capacité de travail étant éventuellement envisageable dans une activité adaptée, à savoir une activité où les bras sont plutôt en bas, sans soulever des charges. Sans se prononcer sur la capacité de travail dans une telle activité, il a mentionné des limitations fonctionnelles au niveau de la mobilité du membre supérieur droit (incapacité abduction > 90° / rotations limitées / des douleurs en diminution). Suivant l'avis du médecin du SMR du 2 février 2015, l'OAI a réinterpellé le Dr F.\_\_\_\_\_ afin de recueillir son appréciation de la capacité de travail en lien avec l'évolution sur le plan

orthopédique depuis février 2015. Le 30 avril 2015, ce spécialiste a confirmé à l'OAI une évolution stagnante depuis le dernier trimestre 2014, avec une abduction du membre supérieur droit à 120°, une élévation à 140° et un pouce sur L1 avec douleurs persistantes et fatigue. Sous l'angle strictement orthopédique, le Dr F.\_\_\_\_\_ a évalué la capacité de travail à 100% à compter de début mars 2015 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de gestes au-dessus de 90°, pas de port de charges supérieures à deux kilos). Ces constatations ont été corroborées par l'expertise effectuée en avril 2015 par A.\_\_\_\_\_. Après des examens du 22 avril 2015, l'étude de l'ensemble du dossier médical de l'assurée, complété par les documents obtenus auprès du médecin traitant, l'expert I.\_\_\_\_\_, rhumatologue, a posé les diagnostics de tendinopathie de la coiffe et déchirure partielle du sus-épineux de l'épaule droite avec conflit sous-acromial et bursite, ainsi que de status après tumorectomie sous aréolaire du sein droit le 24 septembre 2013 et radiothérapie de ce même sein du 4 novembre au 6 décembre 2013. Il a ainsi noté des signes objectifs de tendinopathie, voire de déchirure partielle de la coiffe dans un contexte de conflit sous-acromial avec une bursite déjà présente depuis avril 2014. Dans le contexte d'une situation favorable du point de vue oncologique sans restriction sur la capacité de travail, l'expert a estimé qu'au plan orthopédique, la pathologie affectant l'assurée à l'épaule droite entraînait une incapacité de travail lors d'efforts contraignants pour cette articulation, tel que cela pouvait être le cas dans la profession habituelle. A l'inverse, dans une activité adaptée qui évite le port de charges et les travaux en élévation du membre supérieur droit, l'expert a conclu à une capacité de travail de 100% théoriquement exigible « dès à présent », soit au jour de son rapport du 27 avril 2015.

Les rapports des Drs H.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_, corroborés par l'expertise du Dr I.\_\_\_\_\_, ont été établis à la suite d'examens complets de la recourante et des pièces de son dossier. Ils permettent d'établir de façon circonstanciée l'évolution de son état de santé depuis l'été 2013, notamment au regard de l'exigibilité médico-théorique qu'elle présente dans une activité adaptée aux plans oncologique, orthopédique et rhumatologique. Sur la base de ces rapports, il y a lieu de retenir que la

recourante a présenté une incapacité de travail totale à la suite de la tumorectomie intervenue en septembre 2013, et ce jusqu'au 9 mars 2014. Dès cette date, sa capacité de travail a été de 25% dans son activité habituelle, puis de 100% à compter de mars 2015 dans une activité adaptée, ce qui justifie de lui allouer une rente entière de septembre 2014 (délai de carence d'un an) au 31 mai 2015 (soit trois mois après l'amélioration survenue en mars 2015).

L'avis opposé du Dr E.\_\_\_\_\_, nouveau médecin traitant depuis le 23 avril 2015, n'est pas apte à jeter le doute sur les constatations et conclusions qui précèdent. Le certificat établi le 24 avril 2015 ne précise pas si l'incapacité de travail de 75% qui y figure se comprend uniquement dans celle usuelle ou également pour toutes autres activités. Quant au rapport reçu le 17 juillet 2015 par l'OAI, le DrE.\_\_\_\_\_ y pose des diagnostics invalidants similaires à ceux de ses confrères, soit une déchirure partielle dorsale du sus-épineux de l'épaule droite, une arthrose acromio-claviculaire hypertrophique et une bursite sous acromio-claviculaire. Ce généraliste évalue l'incapacité de travail à 100% dès le 1<sup>er</sup> mai 2015 dans la dernière activité exercée, laquelle, - cela n'est pas contesté - n'est plus adaptée. Listant des limitations physiques valables depuis 2014 et qui se recoupent en grande partie avec celles également retenues par les spécialistes consultés (soulever, pousser ou porter des charges dépassant cinq kilos [même de faible amplitude], effectuer des mouvements répétitifs de flexion ou d'extension et douleur de caractère continu avec un effet sur le comportement et la concentration), le Dr E.\_\_\_\_\_ ne se prononce pas sur la capacité de travail exigible dans une activité adaptée. Le 31 août 2015, le médecin traitant a encore attesté que si l'assurée présentait une incapacité de travail de 100% définitive dans son activité habituelle pour cause de maladie, une activité adaptée restait exigible à plein temps, mais en ménageant le dos et le membre supérieur droit, ce qui corrobore les observations des Drs H.\_\_\_\_\_, F.\_\_\_\_\_ et I.\_\_\_\_\_, les diagnostics de syndrome métabolique et de rhinite chronique posés le 26 avril 2016 par le Dr E.\_\_\_\_\_ ne changeant rien à cette appréciation. En l'absence d'éléments nouveaux dont il n'aurait pas déjà été tenu compte, les certificats et le rapport du médecin

traitant ne contredisent ainsi pas sérieusement les estimations des Drs H.\_\_\_\_\_, F.\_\_\_\_\_ et I.\_\_\_\_\_ selon lesquelles la capacité de travail de la recourante est de 100% depuis mars 2015 dans une activité adaptée.

Certes, la recourante invoque des troubles psychiques dont les médecins du SMR, et par la suite l'OAI dans sa décision du 6 janvier 2016, n'auraient pas tenu compte. Or ce n'est que le 7 janvier 2016 que le Dr E.\_\_\_\_\_, au demeurant pas psychiatre, a fait état d'une prise en charge auprès du centre de psychothérapie [...] depuis le mois d'août 2015 avec instauration d'un traitement antidépresseur alliant Cymbalta® et Lyrica®. Toutefois, dans son rapport du 31 août 2015 à l'OAI, établi dès lors postérieurement au début du suivi aux [...], le Dr E.\_\_\_\_\_ a fait état d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Ce n'est que dans son rapport du 26 avril 2016, soit postérieurement à la décision attaquée, que le Dr E.\_\_\_\_\_ a fait d'une incapacité à 100% « selon avis psychiatrique ». Cette atteinte nouvelle justifiera le cas échéant le dépôt d'une nouvelle demande de prestations AI.

Dans ces conditions, la Cour s'estimant suffisamment renseignée au plan médical, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire par la Cour de céans (cf. appréciation anticipée des preuves, ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2).

**5.** Il convient à ce stade d'examiner sur le plan économique le préjudice financier de la recourante.

**a)** Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPG). La

comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à une éventuelle rente de l'assurance-invalidité (ATF 129 V 222 consid. 4.1 ; 128 V 174).

**b)** En l'occurrence, il est établi que la recourante a présenté une incapacité totale en toutes activités depuis le 20 septembre 2013, puis de 75% dès le 9 mars 2014 dans son activité habituelle. Elle a par la suite recouvré une capacité de travail de 100% à compter du mois de mars 2015 dans une activité adaptée (cf. consid. 4).

**aa)** Le revenu sans invalidité est celui que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas devenu invalide (art. 16 LPGA; art. 28a al. 1 LAI). Selon la jurisprudence, pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait - au degré de la vraisemblance prépondérante - réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. C'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C\_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 6.2).

En l'espèce, la recourante a œuvré comme employée de maison à 100% pour la S.\_\_\_\_\_. Selon le questionnaire complété le 3 mars 2014 par cet employeur et ses annexes, le revenu sans invalidité de l'intéressée se serait élevé à 61'243 fr. (4'711 fr. x 13) en 2014, ce qui, après indexation, correspond à un montant de 61'549 fr. 22 en 2015 (+ 0.5 %).

**bb)** En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé,

n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué notamment sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3; TF 9C\_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 8.2.2). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (cf. ATF 124 V 321 consid. 3b/bb; TF 9C\_93/2008 du 19 janvier 2009 consid. 6.3.3; TF I 7/06 du 12 janvier 2007 consid. 5.2; Pratique VSI 5/1999 p. 182).

Dans le cas présent, le salaire de référence pour des femmes exerçant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), était, en 2014, de 4'300 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2014, TA 1, niveau de qualification 1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2014 (41,7 heures), ce montant doit être porté à 4'482 fr. 75, soit annuellement 53'793 francs. Afin d'obtenir le revenu annuel pour 2015, il convient d'adapter ce montant à l'évolution des salaires selon l'indice des salaires nominaux pour les femmes de l'année 2015 (+ 0.5%), ce qui donne un revenu annuel de 54'061 fr. 97.

**cc)** Pour la période de septembre 2014 jusqu'au 31 mai 2015 (cf. art. 88a al. 1 RAI), le degré d'invalidité est de 75% (cf. consid. 4 let. b), ce qui ouvre le droit à une rente entière d'invalidité.

Pour la période courant dès le 1<sup>er</sup> juin 2015 jusqu'à la date de décision querellée, la recourante disposait d'une capacité de travail de 100%. La comparaison d'un revenu de 61'549 fr. 22 avec un revenu de 51'358 fr. 87, après abattement de 5% en raison des limitations fonctionnelles ( $[54'061 \text{ fr. } 97 \times 95] / 100$ ) aboutirait à un degré d'invalidité de 17%. Or, ainsi qu'on le verra (cf. consid. 6), c'est un abattement de 10%, qui devrait être opéré, lequel conduit à un taux d'invalidité de 21%.

**6.** Se pose encore la question de savoir si la recourante peut prétendre à des mesures de réadaptation.

**a)** Le rôle principal de l'assurance-invalidité consiste à éliminer ou à atténuer au mieux les effets préjudiciables d'une atteinte à la santé sur la capacité de gain de la personne assurée, en privilégiant au premier plan l'objectif de réinsertion dans la vie professionnelle active ou dans le secteur d'activité initial, et au second plan le versement de prestations en espèces (Message du 22 juin 2005 concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5e révision de l'AI], FF 2005 4223 ch.° 1.1.1.2). L'examen d'un éventuel droit à des prestations de l'assurance-invalidité doit par conséquent procéder d'une démarche au centre de laquelle figure avant tout la valorisation économique des aptitudes résiduelles - fonctionnelles et/ou intellectuelles - de la personne assurée. Les mesures qui peuvent être exigées de la personne assurée doivent être aptes à atténuer les conséquences de l'atteinte à la santé (ATF 139 V 399 consid. 5.1 ; 138 I 205 consid. 3.1).

Aux termes de l'art. 15 LAI, l'assuré auquel l'invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. L'orientation professionnelle doit guider l'assuré vers l'activité dans laquelle il aura le plus de chance de succès, compte tenu de ses dispositions et de ses aptitudes. Parmi les mesures qui peuvent entrer en ligne de compte figurent notamment les entretiens d'orientation, les tests d'aptitude ou encore les stages d'observation en milieu ou hors milieu professionnel (TFA I 552/86 du 27 novembre 1987 consid. 4a *in* RCC 1988 p. 191).

Selon 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.

Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3).

Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas. En particulier, l'assuré ne peut prétendre une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (ATF 139 V 399 consid. 5.4).

Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, dès lors qu'elles présupposent un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules entrent en ligne de compte, en vue de l'acquisition d'une formation professionnelle, celles qui peuvent s'articuler sur ce minimum de connaissances. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret (ATF 139 V 399 consid. 5.5).

Enfin, aux termes de l'art. 18 al. 1 LAI, l'assuré présentant une incapacité de travail (art. 6 LPGA) et susceptible d'être réadapté a droit à

un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié (let. a) et à un conseil suivi afin de conserver un emploi (let. b). Une mesure d'aide au placement se définit comme le soutien que l'administration doit apporter à l'assuré qui est entravé dans la recherche d'un emploi adapté en raison du handicap afférent à son état de santé. Il ne s'agit pas pour l'office AI de fournir une place de travail, mais notamment de soutenir une candidature ou de prendre contact avec un employeur potentiel (TF 9C\_28/2009 du 11 mai 2009 consid. 4).

**b)** Il est constant que la recourante n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle. Elle a en outre déploré qu'une fois son état stabilisé, aucune mesure de reclassement ne lui ait été proposée.

A cet égard, il y a lieu de constater qu'à la suite de son arrivée en Suisse, la recourante a œuvré dans la restauration, puis comme aide-soignante dans un EMS et enfin à la S. \_\_\_\_\_ comme employée de maison depuis 1998. D'origine portugaise, sans formation, la recourante ne dispose pas d'un CFC. Compte tenu du gain qu'elle aurait réalisé sans atteinte à la santé, estimé à 61'243 fr., il y a lieu de retenir que des mesures de réadaptation sont nécessaires pour que la recourante puisse prétendre à un gain équivalent à celui que lui offrait son ancienne activité.

On relèvera dans ce cadre que le taux de 19% d'invalidité arrêté par l'OAI dans sa décision du 6 janvier 2016 l'a été en tenant compte d'un abattement de 5% sur le revenu d'invalidité estimé sur la base de l'enquête suisse sur la structure des salaires. Or sur ce point, il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (cf. ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent par conséquent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge,

années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 134 V 322 consid. 5.2 et 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Cette énumération d'éléments personnels et professionnels pouvant justifier une déduction doit toujours s'inscrire dans le but visé par la jurisprudence qui est de déterminer, à partir de valeurs statistiques, un revenu d'invalidé qui corresponde au mieux, *in concreto*, à l'exploitation lucrative raisonnablement exigible des activités encore possibles dans le cadre de la capacité résiduelle de travail (cf. ATF 126 V 75 consid. 5 ; cf. TF 8C\_887/2008 du 24 juin 2009). Il ne faut pas procéder à une déduction d'office, mais uniquement si des indices montrent qu'en raison d'un ou plusieurs facteurs déterminants, un assuré ne peut exploiter sa capacité de travail résiduelle sur le marché ordinaire de l'emploi qu'en réalisant un revenu inférieur à la moyenne (cf. TF 8C\_711/2012 du 16 novembre 2012 consid. 4.2.1). La déduction doit être déterminée et motivée en analysant la situation individuelle. Il n'est pas admis de cumuler des déductions quantifiées séparément pour chaque facteur pris en compte, car en opérant de la sorte on en ignorerait les interactions eu égard à une approche globale de la situation (ATF 126 V 75 consid. 5).

En l'espèce, l'âge de la recourante, son absence de formation, et le nombre d'années qu'elle a passées dans la même activité sont susceptibles de constituer des freins à l'embauche, au même titre que les atteintes qu'elle présente au niveau de l'épaule droite. Au regard de ces circonstances, c'est ainsi un abattement de 10% qui aurait dû être opéré sur le revenu d'invalidé.

Or moyennant un tel abattement, le revenu avec invalidité s'élève à 48'655 fr. 77 ( $[54'061 \text{ fr. } 97 \times 90] / 100$ ). Ainsi comparé au revenu sans invalidité de 61'549 fr. 22, il en résulte une perte de gain de 12'893 fr. 45, correspondant à un degré d'invalidité de 21%. Ce taux est certes insuffisant pour ouvrir le droit à la rente, mais il est toutefois suffisant pour justifier l'examen du droit à des mesures de réadaptation en

faveur de la recourante de la part de l'intimé. La cause lui sera dès lors renvoyée à cet effet.

**7. a)** En conclusion, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée, en ce sens que la recourante a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité du 1<sup>er</sup> septembre 2014 au 31 mai 2015. Elle est annulée pour le surplus et la cause renvoyée à l'OAI afin qu'il examine l'opportunité de mesures de réadaptation.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr. à la charge de l'OAI.

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 6 janvier 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que C.\_\_\_\_\_ a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité du 1<sup>er</sup> septembre 2014 au 31 mai 2015 ; elle est annulée pour le surplus, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

**III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre 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 C. \_\_\_\_\_ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Bernard de Chedid (pour C. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17

juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :