

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 septembre 2026

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
 Mme Brélaz Braillard, juge, et M. Oppikofer, assesseur
Greffière : Mme Jeanneret

* * * * *

Cause pendante entre :

B._____, à H***, recourante, agissant par Mme C._____, curatrice, et représentée par Procap,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1, 16, 17 al. 1 LPGa ; 4, 28 al. 1, 29 al. 1 LAI

En fait :

A. **a)** B. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en ***, mère d'un enfant né en ***, droitère, a travaillé en tant qu'aide-ménagère et aide-soignante à 100 % dans un EMS pour personnes âgées dès le mois de juillet 2003. Le 21 février 2005, l'assurée a chuté sur son bras gauche. Une fracture du poignet gauche a été diagnostiquée et un arrêt de travail délivré. L'employeur a résilié le contrat de travail dans le courant de l'année.

Le 18 mars 2010, l'assurée a bénéficié d'une ostéotomie correctrice de l'extrémité distale du radius, à gauche, suivie le 1^{er} octobre 2010 d'une intervention d'ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO ; cf. protocoles opératoires des 18 mars et 1^{er} octobre 2010 du Dr E. _____, spécialiste en chirurgie de la main).

Le 19 janvier 2011, l'assurée a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Dans un rapport du 14 février 2011 à l'OAI, le Dr E. _____ a posé le diagnostic ayant un effet sur la capacité de travail de séquelles d'une fracture du poignet gauche en 2005. Il a attesté d'une incapacité travail totale du 18 mars au 20 juin 2010, ainsi que durant le mois d'octobre 2010, l'activité exercée étant exigible à 100 % pour le surplus, avec la précision qu'il restait une légère limitation dans l'usage du poignet gauche dans les activités astreignantes, répétitives et soutenues.

Par décision du 18 août 2011, confirmant son projet du 7 juin 2011, l'OAI a refusé l'octroi de prestations, sur le constat que l'assurée présentait une capacité de travail totale dans toute activité.

B. Le 1^{er} février 2012, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations.

Le Dr G._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, a adressé un rapport le 14 février 2012 à l'OAI, dans lequel il a posé les diagnostics d'arthrite du poignet gauche et de séquelles d'une fracture de Pouteau-Colles du poignet gauche en 2005 avec ostéotomie correctrice en 2010. Dans les suites de cette ostéotomie, la patiente s'était plainte de douleurs au poignet gauche. La capacité de travail était de 20 % dans son activité habituelle et de 80 %, voire 100 %, dans une activité adaptée. Le Dr G._____ a joint un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) de la main gauche du 18 octobre 2011.

Dans un avis médical du 27 février 2012, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a conclu qu'il n'y avait pas d'élément nouveau.

Par décision du 4 mai 2012, confirmant son projet du 2 mars 2012, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur cette nouvelle demande.

C. Le 14 mai 2012, le Dr G._____ a fait parvenir à l'OAI un rapport établi par ses soins le 16 avril 2012, selon lequel il y avait, au vu de l'IRM du poignet gauche, une explication organique aux plaintes de la patiente et une aggravation de la situation depuis l'opération. L'OAI a traité ce courrier comme une nouvelle demande de prestations, sur laquelle il est entré en matière.

Dans un rapport du 19 février 2014 à l'OAI, le Dr K._____, spécialiste en chirurgie de la main, a posé le diagnostic de syndrome douloureux cubito-carpien avec impingement et pseudarthrose de la styloïde cubitale. Il a expliqué que l'assurée avait subi, le 18 novembre 2013, une arthrotomie cubito-carpienne gauche, avec résection d'une pseudarthrose de la styloïde cubitale, ainsi qu'une ostéotomie de raccourcissement du cubitus gauche. Une déchirure partielle du ligament luno-pyramidal et une déchirure centrale du complexe fibro-cartilagineux du carpe avaient été mises en évidence. L'incapacité de travail était totale.

Répondant le 9 octobre 2014 à des questions complémentaires de l'OAI, le Dr K. _____ a indiqué avoir fixé une reprise du travail à 30 % à partir du 22 avril 2014 et a précisé que, dans une activité adaptée, la capacité de travail pourrait être totale, mais que cela n'était pas certain.

Également interrogé, le Dr G. _____ a attesté le 16 octobre 2014 d'une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 30 % dès le 22 avril 2014 dans une activité adaptée.

L'OAI a confié la réalisation d'une expertise au Dr L. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 3 juin 2015, ce spécialiste a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de status post-fracture de Pouteau-Colles gauche et de la styloïde cubitale gauche, de status post-consolidation en extension de cette fracture, de statut post-effondrement post-opératoire du dôme cubital gauche avec variance ulnaire positive, ainsi que de statut post-déchirure partielle du ligament luno-pyramidal et déchirure centrale du complexe fibro-cartilagineux du carpe. S'agissant des diagnostics sans effet sur la capacité de travail, il a retenu une épicondylite externe gauche, un conflit acromio-claviculaire externe gauche et des status après les opérations des 18 mars 2010, 1^{er} octobre 2010 et 18 novembre 2013. Dans l'activité habituelle, l'incapacité de travail était totale. L'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était exigible depuis le 31 janvier 2012, « date de la demande », mis à part une période d'incapacité de travail totale du 18 novembre 2013 au 16 mai 2014.

L'OAI a établi un projet de décision le 31 mai 2016, prévoyant d'octroyer à l'assurée une rente entière du 1^{er} mai 2013 au 31 août 2014. Il a expliqué qu'elle présentait une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée depuis le 31 janvier 2012. Il lui reconnaissait toutefois une incapacité de travail totale dans toute activité de mai 2012 au 16 mai 2014, justifiant l'octroi d'une rente entière. Celle-ci était supprimée trois mois après l'amélioration constatée en mai 2014. En effet, compte tenu du

revenu qu'elle pourrait réaliser dans une activité adaptée, elle présentait un taux d'invalidité insuffisant pour maintenir le droit à une rente.

Représentée par Procap, l'assurée s'est opposée à ce projet par courrier du 7 juillet 2016, en soutenant que son état de santé avait évolué défavorablement, tant sur le plan psychique que somatique. Elle a joint un rapport du 30 juin 2016 du Dr G._____, relevant qu'au vu de l'aggravation des douleurs au poignet, le matériel d'ostéosynthèse avait été enlevé le 11 novembre 2015, ce qui n'avait rien changé aux douleurs. Les douleurs de l'épaule gauche s'étaient exacerbées. Depuis début 2016, un épisode dépressif était apparu, si bien que le médecin traitant avait prescrit un antidépresseur. Même dans une activité adaptée, la capacité de travail était de l'ordre de 50 %.

Le SMR a conclu, dans un avis médical du 21 juillet 2016, que les douleurs au poignet et à l'épaule gauches avaient déjà été prises en compte par l'expertise du Dr L._____ et que le Dr G._____ évoquait un trouble de l'humeur sans autre précision et n'argumentait pas ses conclusions sur la capacité de travail dans une activité adaptée, de sorte que son rapport constituait une appréciation différente d'une même situation que celle prévalant lors de l'expertise du Dr L._____.

L'OAI a pris en charge une mesure d'orientation professionnelle auprès du centre O._____, prévue initialement du 23 janvier au 21 avril 2017, avec un taux de présence de 50 % le premier mois et de 100 % par la suite (cf. communication du 14 décembre 2016). L'assurée a débuté la mesure puis a été en incapacité de travail totale du 25 au 27 janvier, le 30 janvier, du 7 au 9 février, puis du 14 février au 22 mars 2017. Dans un rapport du 22 mars 2017, les responsables du centre O._____ ont relevé que lorsque l'assurée était présente, elle était assidue et s'efforçait de réaliser au mieux les activités confiées. Toutefois, ses difficultés, notamment ses douleurs, un ralentissement global et une résistance psychique considérablement affectée, ne permettaient pas d'envisager une orientation sur le premier marché de l'emploi. La mesure a été interrompue le 22 mars 2017.

Le 23 mars 2017, au cours d'un entretien à l'OAI, l'assurée a déclaré qu'elle n'allait pas bien. Le Dr G._____ lui avait proposé de consulter un psychiatre et elle avait eu son premier rendez-vous le 9 mars 2017 (cf. note d'entretien du 23 mars 2017 de l'OAI).

Dans un rapport du 28 mars 2017 à l'OAI, le Dr G._____ a relevé que l'état de santé de sa patiente s'était péjoré depuis plusieurs mois, avec des douleurs à l'épaule gauche et un épisode dépressif. La capacité de travail dans une activité adaptée était nulle en raison d'une fatigue, de douleurs dans le membre supérieur gauche, ainsi que d'une dépression.

La Dre U._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a complété un questionnaire médical de l'OAI le 29 mai 2017. Posant le diagnostic, ayant une répercussion sur la capacité de travail, d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique, existant depuis 2010, elle a exposé que sa patiente bénéficiait d'une médication psychotrope prescrite par le médecin généraliste traitant, en cours de réévaluation par la psychiatre. L'activité exercée n'était plus exigible. L'assurée présentait les signes d'une dépression moyenne altérant sa capacité à exercer une activité, au vu notamment d'une fatigabilité, d'une humeur abaissée, d'un intérêt diminué pour les activités, de troubles de la concentration, du sommeil et de l'appétit. La Dre U._____ a précisé qu'elle n'avait pas établi de certificat d'incapacité de travail, renvoyant au rhumatologue et au médecin généraliste sur ce point, et que la capacité de travail était partielle dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Sur demande de l'OAI, la Dre U._____ a précisé le 14 juillet 2017, que l'assurée était venue à la consultation les 9 et 27 mars, ainsi que les 3 et 18 avril 2017.

Prenant connaissance des nouvelles pièces au dossier le 20 juillet 2017, le SMR a maintenu la position exprimée dans son avis du 21 juillet 2016. Il a relevé que les troubles dépressifs légers à moyens n'entraient dans le cadre des maladies invalidantes que s'il était avéré qu'ils résistaient à toute thérapie. De plus, il fallait que la thérapie ait été suivie

de manière conséquente, ce qui n'était pas le cas en l'espèce. Les empêchements ayant entravé les mesures de réadaptation mises en place ne prenaient pas leurs racines dans la sphère médicale.

Au cours d'un entretien à l'OAI le 7 septembre 2017, l'assurée a déclaré qu'elle avait très mal au bras droit, car elle avait dû beaucoup utiliser ce bras lors de son stage au centre O._____. Elle faisait de la physiothérapie. Elle voyait toujours sa psychiatre deux fois par mois. Elle avait annulé un rendez-vous à la fin du mois d'août 2017 pour assister à un cours de français, dont elle suivait deux leçons par semaine, d'une durée de trois heures. Pour le moment, elle se sentait incapable de travailler (cf. note d'entretien avec l'assurée du 7 septembre 2017).

Prenant position le 29 janvier 2018 sur ses objections, l'OAI a informé l'assurée qu'il confirmait entièrement son projet du 31 mai 2016, en se référant aux avis du SMR.

Par décision du 5 mars 2018, l'OAI a confirmé l'octroi d'une rente entière limitée à la période du 1^{er} mai 2013 au 31 août 2014.

L'assurée a recouru contre cette décision le 19 avril 2018. Par arrêt du 12 septembre 2019, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours, annulé la décision et renvoyé la cause à l'OAI pour compléter l'instruction au sens des considérants et rendre une nouvelle décision (AI 125/18 - 289/2019). En substance, la Cour a considéré que de plus amples investigations étaient nécessaires sur le plan psychiatrique, eu égard aux limitations décrites par la Dre U._____ dans son rapport du 29 mai 2017 et également observées par les responsables du centre O._____. L'atteinte au bras droit aurait également dû faire l'objet d'une instruction supplémentaire, dès lors que le Dr G._____ avait fait part d'une diminution de la capacité de travail dans ses derniers rapports et que des séances de physiothérapie avaient été prescrites dans les suites du stage auprès du centre O._____. La Cour a ainsi conclu que l'intimé devait mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire conformément à l'art. 44 LPGa, comprenant un volet psychiatrique,

orthopédique et rhumatologique, avec la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune par les experts, puis rendre une nouvelle décision.

D. Reprenant l'instruction de la cause, l'OAI a mis en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire auprès du centre d'expertises N._____ SA, lequel a confié le mandat aux Drs P._____, spécialiste en médecine interne générale, Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, R._____, spécialiste en psychiatre et psychothérapie, et D._____, spécialiste en rhumatologie.

Les experts ont déposé leur rapport d'évaluation consensuelle le 28 février 2020, accompagné des rapports d'expertise dans leurs spécialités respectives (annexes 1 à 4) et d'une synthèse du dossier (annexe 5). Ils ont retenu les diagnostics pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail d'algodystrophie du poignet gauche (M89.0), d'arthropathie acromio-claviculaire gauche (M19.91), de séquelles d'une fracture du poignet gauche type Pouteau-Colles ancienne (avant 2003) consolidée avec un cal vicieux et une pseudarthrose de l'apophyse styloïde du cubitus (T922), ainsi que d'épisode dépressif léger avec syndrome somatique (F32.01). Les experts ont retenu que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de femme de ménage depuis mars 2005. S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, les experts ont retenu qu'elle était entière de 2005 jusqu'à l'intervention de mars 2010 et à nouveau depuis juin 2010 (trois mois après la chirurgie), puis nulle de novembre 2013 (chirurgie) au 16 mai 2014 (consolidation de l'arthrotomie), date à partir de laquelle elle était de 100 % avec une diminution de rendement de 20 % due à la nécessité pour l'expertisée d'observer des temps de repos et de récupération toutes les heures en raison des douleurs ressenties au membre supérieur gauche, ainsi qu'à la colonne cervicale et à la colonne lombaire. Les experts ont par ailleurs décrit des limitations fonctionnelles d'ordre rhumatologique, orthopédique et psychiatrique.

Prenant connaissance de ce rapport le 29 juillet 2020, le SMR en a réfuté la valeur probante, estimant que les limitations fonctionnelles n'étaient pas toutes justifiées et que la capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée ne pouvait être admise depuis mai 2014. Le SMR a confirmé le 10 mars 2021 qu'il était nécessaire de procéder à nouvelle expertise médicale comprenant l'orthopédie, la psychiatrie et la rhumatologie.

L'OAI a ainsi mis en œuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire auprès du centre d'expertises S._____ SA, lequel a mandaté les Drs T._____, spécialiste en médecine interne générale, V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, AA._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et F._____, spécialiste en rhumatologie. Les experts ont déposé leur rapport le 29 juillet 2022, constitué d'une appréciation générale interdisciplinaire, des expertises spécialisées dans chaque domaine et d'un résumé du dossier de l'expertisée. Dans leur appréciation générale, les experts ont retenu les diagnostics d'éléments pertinents ayant une incidence sur la capacité de travail de status post fracture de Pouteau-Colles gauche avec pseudarthrose de cubitus mise en évidence après une chute en 2005, ostéotomie distale du radius en mars 2010 puis ostéotomie de raccourcissement du cubitus en novembre 2013, avec lésion dégénérative du carpe, ainsi que de douleur de l'épaule gauche avec limitation fonctionnelle sans explication radiologique. Ils ont par ailleurs mentionné les diagnostics d'éléments pertinents sans incidence sur la capacité de travail de dysthymie (F 34.1), de suspicion de légère tendinite du moyen fessier droit, de lombalgie chronique sur déconditionnement, de discrète gonalgie gauche, de gastrite d'allure médicamenteuse, d'insomnie d'endormissement et de maintien d'origine multifactorielle, de surpoids léger avec BMI à 26,43 kg/m² et de déconditionnement physique. Au terme de leur évaluation, les experts ont répondu comme suit aux questions du mandat d'expertise :

« - Présence d'une incapacité de travail durable engendrée par une atteinte à la santé (à quel taux et depuis quand) ?

Du point de vue rhumatologique et orthopédique, oui, avec un status après ancienne fracture de Pouteau-Colles gauche avec pseudarthrose du cubitus mise en évidence après une chute en 2005, ostéotomie distale du radius en mars 2010 puis ostéotomie de raccourcissement du cubitus en novembre 2013, l'activité habituelle n'est plus possible depuis février 2009.

Du point de vue psychiatrique et de la médecine interne, il n'y a pas d'incapacité de travail.

- Capacité de travail résiduelle dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée (à quel taux et depuis quand) ?

Du point de vue rhumatologique et orthopédique, la capacité de travail dans une activité adaptée a toujours été de 100 % sauf pendant 8 mois après l'intervention pour ostéotomie effectuée le 18.03.2010 en tenant compte de l'AMO du 01.10.2010, et pendant 6 mois après l'intervention d'arthrotomie effectuée le 18.11.2013.

Du point de vue psychiatrique et de la médecine interne, elle a toujours été de 100 % dans toute activité.

- Limitations fonctionnelles à retenir ?

Du point de vue rhumatologique et orthopédique, pas d'utilisation forcée et répétée du poignet et de la main gauches. Pas de gestes de préhension répétés avec la main gauche. Pas de port de charge lourde de plus d'1 kg sur le poignet et la main gauches. Il convient de considérer cette main gauche comme peu fonctionnelle par l'atteinte du poignet gauche : activité monomanuelle droite, la main gauche pouvant aider, si l'avant-bras est posé sur le plan de travail. Enfin, en ce qui concerne l'épaule gauche, éviter le travail les bras au-dessus des épaules.

Du point de vue psychiatrique et de la médecine interne, il n'y a pas de limitation fonctionnelle. »

A la demande du SMR, les experts ont complété leur rapport le 14 septembre 2022 en exposant ce qui suit :

« A la suite de la découverte, non pas d'une fracture, mais d'une pseudarthrose d'une fracture plus ancienne qui daterait de 2004, qui étonnamment n'a pas été mentionnée à cette époque, la personne assurée a continué de se plaindre de douleurs du poignet, aboutissant à la reprise du suivi par le Prof. AE. _____ en février 2009. Celui-ci notait la présence d'arthralgies avec limitation de la mobilité du poignet gauche ayant conduit, en 2010, à une prise en charge chirurgicale. Par la suite, le statu quo sine évoqué par le Dr X. _____ en 2011 s'explique par le fait que la chute n'a pas provoqué de nouvelle lésion, si ce n'est la découverte d'une pseudarthrose non traitée à ce moment. Son examen montrait la persistance d'une mobilité réduite, une palpation douloureuse et une force de préhension réduite du poignet gauche. Son statut quo entend donc un retour à l'état antérieur et non pas que la personne assurée n'est plus limitée dans ses activités du fait de l'atteinte de son poignet gauche.

Dans la réalité, la personne assurée n'a pas pu reprendre d'activité en raison de la gêne constante au niveau du poignet gauche. Dans ce cadre, l'activité d'auxiliaire de santé n'était pas possible. La capacité de travail, dans cette activité, a donc été en réalité de 0 % de façon définitive depuis au moins février 2009, les traitements chirurgicaux n'ayant également pas apportés d'amélioration. Il est à noter par contre que la capacité de travail dans une activité adaptée a toujours été de 100 % sauf pendant les périodes post opératoires. Il est par ailleurs rappelé également la prise de position du Dr K. _____ de septembre 2014 et de l'expertise du Dr L. _____ en 2015 qui mentionne les mêmes limitations fonctionnelles que celles mentionnées par le Prof. AE. _____ en 2009. »

Le SMR s'est rallié aux conclusions des experts dans son avis du 11 novembre 2022.

Après avoir procédé à une analyse juridique de la situation le 5 mai 2023, l'OAI a invité l'assurée à remplir le questionnaire de détermination du statut. Cette dernière a indiqué le 22 mai 2023 que, sans l'atteinte à la santé, elle travaillerait à 100 % comme aide-soignante ou femme de ménage par nécessité financière.

L'OAI a également réinterrogé la Dre U. _____. Dans le questionnaire médical rempli le 26 octobre 2023, la psychiatre a indiqué qu'elle voyait l'assurée une fois toutes les deux semaines depuis 2017. Elle n'avait pas attesté d'incapacité de travail, celles-ci étant liées aux problèmes somatiques. Sur le plan psychiatrique, la situation n'avait pas évolué. Le diagnostic retenu était un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F 32.10) depuis 2010, réactionnel à la situation somatique chronique. Elle a joint le rapport établi le 7 février 2020 à la demande du Dr R. _____.

Enfin, l'OAI s'est adressé au Dr Y. _____, spécialiste en médecine interne générale. Celui-ci a répondu au questionnaire le 18 décembre 2023. Retenant les diagnostics de cervico-brachialgie gauche, d'état dépressif et de lombosciatalgie droite, il a indiqué que l'assurée présentait une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle depuis 2005 et de 20-30 % dans une activité adaptée. Il a joint un rapport de consultation établi le 29 septembre 2023 par la Dre Z. _____, spécialiste en rhumatologie, dont il ressort que l'intéressée est suivie de longue date

pour des douleurs chroniques sous forme de cervico-brachialgies gauches, dans un contexte compliqué de multiples opérations du poignet gauche et d'une tendinite de l'épaule, pour lesquelles elle bénéficie d'un traitement antalgique et de physiothérapie. Elle avait consulté aux urgences en février 2023 pour une lombo-sciatalgie droite hyperalgique associée à des paresthésies. Une IRM de la colonne lombaire du 8 février 2023 montrait une protrusion discale L4-L5 médiane engendrant un probable conflit de la racine L5 droite. Une seconde IRM de la colonne lombaire avait été effectuée le 11 août 2023 à la suite d'une recrudescence des douleurs, mais n'avait pas montré de modification significative. Une injection péri-durale le 22 août 2023 avait permis une amélioration. Les deux rapports d'IRM étaient également annexés.

Reprenant l'analyse du cas, le SMR a conclu le 15 juillet 2024 que, du point de vue psychiatrique, les rapports des médecins traitants comme les deux expertises décrivaient un syndrome dépressif léger à moyen depuis 2010, lié à l'absence d'amélioration des douleurs après l'ostéotomie du 18 mars 2010, n'entraînant pas de limitations fonctionnelles psychiatriques durablement incapacitantes. Concernant la capacité de travail dans l'activité habituelle, il n'y avait pas de raison de s'écarter de l'expertise du centre d'expertises S._____ SA et de son complément, à savoir une capacité nulle depuis février 2009. Le SMR souhaitait cependant que le médecin traitant soit réinterrogé sur un éventuel suivi rhumatologique actuel.

La Dre Z._____ a complété un questionnaire médical de l'OAI le 1^{er} novembre 2024. Posant les diagnostics de brachialgies chroniques sur atteinte complexe du poignet post-traumatique en 2005 et de status après capsulite rétractile sur tendinopathie du sus-épineux, bursite sous-acromio-détoïdienne et arthropathie acromio-claviculaire en 2018, d'épicondylite droite chronique depuis 2021 et de lombalgies chroniques, récidivantes, avec épisodes de sciatiques droites déficitaires sur conflit radiculaire L5 droit depuis février 2023, elle a attesté d'une incapacité de travail totale dans l'activité de femme de ménage ou d'aide-soignante depuis 2005. Les limitations fonctionnelles étaient décrites comme suit :

« Elle ne peut pas porter des charges de plus d'un kilo avec le membre supérieur gauche, elle n'arrive pas à atteindre des objets au-delà de 90°, la préhension est limitée, les mouvements répétitifs avec la main et le poignet sont contre-indiqués. Elle ne devrait pas effectuer régulièrement des mouvements en porte-à-faux, elle ne devrait pas porter des charges de plus de 6 à 8 kg, et seulement avec le membre supérieur droit, puisque le gauche est quasiment exclu de par la douleur. Il est important qu'elle puisse alterner la position assise et debout. »

S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée à ces limitations fonctionnelle, la Dre Z._____ a indiqué qu'elle était de l'ordre de deux à trois heures par jour dans une activité « extrêmement légère ». Elle a joint notamment un rapport d'IRM et de radiographie du poignet gauche du 22 janvier 2024, ainsi qu'un rapport d'ultrasons de l'épaule gauche du 21 mars 2024.

Dans un avis médical du 20 novembre 2024, le SMR a indiqué qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter des conclusions de l'expertise de S._____ SA. Ainsi, il fallait retenir une capacité de travail nulle depuis février 2009 dans l'activité habituelle, mais entière, sous réserve de périodes de huit mois après l'intervention du 18 mars 2010 et de six mois après l'intervention du 18 novembre 2013, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes :

« Pas d'utilisation forcée et répétée du poignet et de la main gauche, pas de gestes de préhension répétés avec la main gauche, pas de port de charge lourde > 1kg sur le poignet et la main gauche, nécessité d'une activité monomanuelle droite avec la main gauche pouvant aider si l'avant-bras est posé sur le plan de travail, éviter le travail avec les bras au-dessus des épaules. »

Le 24 décembre 2024, l'OAI a procédé à la comparaison des revenus sans et avec invalidité en se fondant sur les statistiques pour les deux termes de la comparaison, à différentes dates. Il en ressort que le préjudice économique, correspondant au taux d'abattement consenti sur le revenu avec invalidité pour tenir compte de la situation de l'assurée, s'élevait à 15 % en 2012 et 10 % en 2024. L'OAI a ensuite obtenu un avis de son service juridique le 14 février 2025, puis a effectué un résumé du dossier le 19 février 2025.

Un projet de décision a ensuite été établi le 25 février 2025, prévoyant de rejeter la demande de prestations. Il était retenu que l'assurée présentait une incapacité de travail ininterrompue depuis le 1^{er} février 2009, mais qu'au terme du délai d'attente d'une année, une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était exigible. La comparaison des revenus avec et sans invalidité montrait un degré d'invalidité de 15 % en 2012, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Par ailleurs, les incapacités de travail totales subséquentes avaient duré moins d'un an, de sorte qu'elles ne pouvaient être considérées comme durablement incapacitantes et n'avaient pas ouvert de nouveau délai d'attente. Les activités adaptées exigibles ne nécessitaient pas de formation particulière, de sorte que le droit à des mesures professionnelles n'était pas non plus ouvert.

L'assurée s'est opposée à ce projet par écriture du 31 mars 2025. Se fondant sur les rapports de la Dre Z._____, elle a fait valoir que, depuis l'expertise de S._____ SA datant de juillet 2022, elle présentait de nouvelles atteintes (atteinte du rachis avec hernies discales lombaires et sciatiques) ainsi qu'une aggravation de l'atteinte au membre supérieur gauche. Elle a également contesté la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire et conclu à la mise en œuvre de mesures de réadaptation.

Dans un rapport du 10 juin 2025, la Dre Z._____ a fait état d'une aggravation progressive de l'état de santé de l'assurée depuis cinq ans, avec l'apparition de nouvelles atteintes au niveau de l'épaule gauche (capsulite rétractile), du rachis lombaire (lombosciatalgies récidivantes à droite avec discrète faiblesse persistante pour les releveurs du pied droit) et du coude gauche (douleur chronique de type épicondylite). Une IRM lombaire du 8 février 2023 avait montré des discopathies pouvant expliquer les douleurs lombaires. Celles-ci entraînaient les limitations fonctionnelles supplémentaires suivantes : port de charges de plus de 5 à 8 kg, positions assise ou debout prolongées, mouvements en rotation du torse et en porte-à-faux, marche limitée à trente minutes.

Le SMR a rendu un nouvel avis médical le 22 juillet 2025. Relevant que l'expertise de S. _____ SA décrivait les plaintes de l'assurée concernant des douleurs lombaires basses sporadiques ainsi que des lombalgies aiguës dans le cadre de douleurs lombaires chroniques, il a conclu qu'il n'était pas apporté d'éléments médicaux susceptibles de modifier son avis.

Le 23 juillet 2025, reprenant la motivation de son projet, l'OAI a rendu une décision de refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité. Dans une prise de position séparée du même jour, réputée faire partie intégrante de la décision, l'OAI a indiqué que la contestation n'avait pas apporté d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position dès lors que les douleurs lombaires avaient été prises en compte dans l'expertise pluridisciplinaire de S. _____ SA.

E. Agissant par l'intermédiaire de sa curatrice et représentée par Procap, B. _____ a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 9 septembre 2025 (date du sceau postal), concluant principalement à sa réforme en ce sens que son droit à des prestations de l'assurance-invalidité est reconnu, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. Elle a exposé, d'une part, que l'expertise de S. _____ SA ne tenait pas compte des atteintes du rachis mentionnés dans les rapports de la Dre Z. _____ des 1^{er} novembre 2024 et 10 juin 2025, confirmés par l'IRM de la colonne lombaire du 8 février 2023. Il en résultait des limitations fonctionnelles supplémentaires et une capacité de travail limitée à 2-3 heures par jour dans une activité adaptée. D'autre part, elle reprochait aux experts de ne pas s'être correctement prononcés sur l'évolution de sa capacité de travail dans le temps et de n'avoir pas suffisamment tenu compte, pour évaluer sa capacité de travail et son rendement, de l'influence des douleurs chroniques, des nombreuses limitations, de l'exigence d'une activité quasiment mono-manuelle ainsi que des observations faites dans le cadre des mesures de réadaptation. Enfin, elle concluait à la mise en œuvre de mesures de réadaptation, en raison de la nécessité de changer de

domaine d'activité, de sa longue absence du travail et des nombreuses limitations fonctionnelles.

Donnant suite le 15 septembre 2025 à la demande en ce sens incluse dans le recours, la Juge instructrice de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a mis la recourante au bénéfice de l'assistance judiciaire dès le 9 septembre 2025, incluant l'exonération d'avances, de frais judiciaires et de franchise mensuelle.

Répondant le 10 octobre 2025, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de sa décision. Se référant à l'expertise de S. _____ SA et aux avis subséquents du SMR, il a exposé que la recourante n'avait pas amené d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions des experts.

Par réplique du 12 novembre 2025, la recourante a confirmé ses conclusions en soulignant que la Dre Z. _____ n'avait pas seulement émis une opinion divergente de celle des experts, mais avait décrit une aggravation de l'état de santé et posé de nouveaux diagnostics tout en expliquant pourquoi le rapport d'expertise était incomplet.

L'écriture précitée a été communiquée à l'intimé le 13 novembre 2025.

En droit :

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

b) En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 LPGA), auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité en lien avec sa demande du 14 mai 2012, singulièrement sur sa capacité de travail résiduelle.

3. Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

En l'occurrence, la demande a été déposée en 2012, de sorte que les anciennes dispositions légales sont applicables.

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

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

c) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer

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

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

d) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

5. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas

échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

c) Le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPGA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_228/2024 du 7 novembre 2024 consid. 4.2 ; TF 8C_816/2023

du 28 août 2024 consid. 3.2). Le juge des assurances ne peut ainsi, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il incombe à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références ; TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2).

6. a) Par arrêt du 12 septembre 2019, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a annulé la décision rendue le 5 mars 2018 par l'intimé et lui a renvoyé la cause afin de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire incluant à tout le moins la psychiatrie, l'orthopédie et la rhumatologie. Conformément à cet arrêt, l'intimé a mandaté le centre d'expertises N. _____ SA, lequel a déposé un rapport le 28 février 2020.

Suivant l'avis de son SMR, l'intimé a toutefois écarté cette expertise et mis en œuvre un nouvel examen auprès du centre d'expertise S._____ SA.

Les motifs exposés par le SMR pour écarter l'expertise de N._____ SA sont convaincants. Il a relevé, en particulier, que l'expert en rhumatologie avait retenu le diagnostic d'algodystrophie du poignet gauche alors qu'il n'en avait pas constaté les manifestations cliniques et qu'il utilisait le conditionnel dans l'évaluation médicale. Le SMR a également critiqué le fait que certaines limitations fonctionnelles décrites par les experts ne reposaient sur aucun diagnostic médical, tandis que l'évolution de la capacité de travail ne tenait pas compte des avis exprimés en temps réel par les spécialistes traitants. Etant rappelé que la recourante a également allégué que l'expertise de N._____ SA était dépourvue de valeur probante, il convient de retenir que l'intimé a écarté cette pièce et mandaté un nouvel examen pluridisciplinaire auprès d'un autre centre d'expertise à juste titre.

b) L'intimé a rendu sa décision en se fondant sur l'expertise pluridisciplinaire établie le 29 juillet 2022 par les spécialistes de S._____ SA et le complément du 14 septembre 2022, rapports auxquels le SMR s'est rallié selon avis du 11 novembre 2022.

Pour poser leurs conclusions, les experts de S._____ SA ont eu accès à l'ensemble des pièces versées au dossier de la cause (cf. synthèse du dossier, annexe 1 du rapport d'expertise), parmi lesquelles figuraient en particulier les rapports des médecins traitants et des autres spécialistes consultés par la recourante depuis mars 2005. Les experts ont chacun examiné l'intéressée et établi un rapport portant sur leur spécialité respective (ch. II à V du rapport d'expertise). Les quatre rapports comprennent, d'une part, le compte-rendu de l'entretien de l'expert avec la recourante, incluant ses déclarations spontanées, des anamnèses familiale, sociale, scolaire et professionnelle, les antécédents médicaux ainsi qu'une description de sa journée-type (ch. 3 des expertises spécialisées) et, d'autre part, les constatations (ch. 4 des expertises spécialisées), les diagnostics (ch. 6 des expertises spécialisées), une évaluation médicale et médico-

assurantielle (ch. 7 des expertises spécialisées) et les réponses motivées de l'expert aux questions soumises par l'intimé (ch. 8 des expertises spécialisées). L'évaluation consensuelle (ch. I du rapport d'expertise) propose une synthèse étayée de la situation médicale de la recourante, établie après des discussions entre les experts concernés et une validation par circulation (cf. ch. I.1.b de l'évaluation consensuelle). Cette expertise remplit ainsi l'ensemble des critères fixés par la jurisprudence en la matière pour lui reconnaître une pleine valeur probante.

La recourante conteste cette valeur probante, d'une part, en reprochant aux experts de ne pas avoir répondu à toutes les questions qui se posaient, au vu des différentes analyses juridiques et avis SMR sollicités par l'intimé après le dépôt de l'expertise et de son complément. D'autre part, se fondant en particulier sur des rapports ultérieurs de la Dre Z._____, elle a fait valoir que de nouvelles atteintes douloureuses étaient apparues depuis les examens cliniques des experts, de sorte que leurs conclusions ne pouvaient plus être suivies.

7. a) Sur le plan psychiatrique, le Dr AA._____ n'a pas constaté de trouble neurovégétatif en faveur d'un état anxieux, de trouble psychotique, ni identifié de trouble de la personnalité. Il a noté qu'au cours de l'entretien, la recourante était bien orientée, ne présentant pas de trouble cognitif significatif ni de ralentissement psychomoteur ni de tristesse pathologique. L'expertisée rapportait des troubles chroniques de l'humeur variant en fonction des circonstances, mais qui n'avaient pas d'impact sur les tâches élémentaires de la vie quotidienne, puisqu'elle pouvait s'occuper de son ménage, élever seule son fils depuis sa naissance, se déplacer seule de manière autonome, suivre deux fois par semaine des cours de français, s'adonner à une activité bénévole à raison d'une demi-journée par semaine et maintenir un réseau relationnel tant familial qu'amical appréciable. Il a encore relevé que la recourante était autonome dans toutes les tâches de la vie quotidienne qui ne déclenchaient pas de douleurs, qu'elle avait des contacts réguliers avec les membres de sa famille, qu'elle s'entendait bien avec ses voisins et les personnes qu'elle côtoie dans son activité bénévole, qu'outre l'activité bénévole et les cours

de français, elle pratiquait diverses activités qu'elle appréciait telles que regarder des émissions de télévision en français, se rendre à l'Eglise ou se promener en forêt, qu'elle pouvait préparer les repas et s'occuper de son fils, et qu'elle était capable de se déplacer seule en transports publics. Le Dr AA._____ a également observé que la recourante n'exprimait pas de détresse lorsqu'elle évoquait ses douleurs, qu'elle ne décrivait pas comme intenses et persistantes. L'intéressée avait relaté qu'elle arrivait à bouger et à faire des tâches ménagères légères et qu'elle pourrait travailler si elle trouvait une activité professionnelle légère. Il a ainsi conclu que les troubles correspondaient au diagnostic de dysthymie, lequel avait pu prendre la forme d'un épisode dépressif léger dans le passé, que les critères jurisprudentiels de gravité n'étaient pas réunis, la comorbidité psychiatrique étant qualifiée de relativement bénigne, et que le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant ne pouvait être retenu en l'absence des critères de définition de ce syndrome. Il s'est également positionné par rapport au diagnostic d'épisode dépressif moyen posé par la psychiatre traitante en 2017, en précisant de manière circonstanciée quels éléments caractéristiques de cette atteinte n'étaient, selon lui, pas présents chez la recourante. A ce propos, l'absence de changement sur le plan médicamenteux était un indicateur de stabilité des troubles et reflétait l'absence de recherche thérapeutique par le psychiatre traitant. Par ailleurs, l'expert a déterminé que la recourante disposait d'importantes ressources tant internes (elle avait pu fuir son pays en guerre, s'installer au BB*** puis en Suisse, apprendre le français et faire une formation réussie d'aide-infirmière) qu'externes (aide-ménagère, aide de sa sœur, soutien de l'ensemble de sa fratrie et d'une amie proche, réseau de soins), et qu'elle ne décrivait aucune limitation fonctionnelle de nature psychiatrique. Il a encore apprécié les capacités, ressources et difficultés de l'intéressée en se référant au questionnaire mini-CIF, lequel résume succinctement les constatations faites auparavant relatives à la journée-type, à l'organisation des loisirs et des tâches ménagères. Il a également examiné la cohérence et constaté l'absence de divergences entre les plaintes de la recourante, son comportement lors de l'examen et la description de ses tâches quotidiennes. Ces éléments l'ont amené à ne retenir aucune limitation fonctionnelle. En définitive, répondant aux questions du mandat

d'expertise, le Dr AA._____ a conclu que la capacité de travail de la recourante avait toujours été de 100 % dans toute activité sur le plan psychiatrique.

Dûment motivée, cette analyse est conforme aux réquisits de la jurisprudence et peut être suivie. Du reste, toujours selon la jurisprudence, une dysthymie est susceptible d'entraîner une diminution de la capacité de travail lorsqu'elle se présente avec d'autres affections, à l'instar d'un grave trouble de la personnalité (cf. TF 9C_585/2019 du 3 juin 2020 consid. 4.1 et les références citées), ce qui n'est pas le cas en l'espèce. Pour sa part, la recourante n'a soulevé aucun élément anamnestique qui aurait été omis ou mal retranscrit par l'expert, ni produit de rapport médical susceptible d'invalidier l'analyse de l'expert. Au contraire, dans son rapport du 26 octobre 2023, la Dre U._____ n'a posé aucune incapacité de travail pour des motifs psychiatriques et a mis cette problématique en lien avec les atteintes somatiques, ce qu'elle avait déjà exprimé dans le rapport qu'elle avait établi le 7 février 2020 en vue de l'expertise de N._____ SA et dont le Dr AA._____ a eu connaissance dans le cadre de son examen. Après examen de ces pièces, le SMR a considéré que les conclusions du Dr AA._____ pouvaient être suivies. Il n'existe ainsi pas de motif de s'en écarter.

b) L'expert en médecine interne générale a noté que la recourante se plaignait principalement de douleurs invalidantes et d'un déconditionnement du bras gauche, mais qu'elle rapportait également une fatigue, des maux de tête et des maux d'estomac qu'elle attribuait à la prise de nombreux médicaments et aux difficultés liées aux douleurs chroniques au bras gauche. L'examen clinique était globalement « en ordre » ou « sans particularité », mis à part le constat d'une force de préhension nettement diminuée au niveau de la main gauche. Le Dr T._____ a constaté que les maux d'estomac étaient contrôlés par la prise de Pantoprazole et par la prise la médication autour des repas, que les céphalées frontales ne comportaient pas d'élément neurologique inquiétant et, s'agissant de l'état de fatigue rapporté par l'intéressé, que les examens sanguins avaient révélé des carences en fer ainsi qu'en vitamines D3 et B12 pour lesquelles

il préconisait une substitution si tel n'était pas encore le cas. Cela étant, l'expert n'a retenu aucune atteinte à la santé ayant une incidence sur la capacité de travail dans sa spécialité. Il a en revanche posé les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail de gastrite d'allure médicamenteuse, d'insomnie d'endormissement et de maintien d'origine multifactorielle, ainsi que de surpoids léger avec BMI à 26,43 kg/m² et déconditionnement physique, pour lesquels il a préconisé un reconditionnement physique et d'éventuelles investigations complémentaires pour les maux d'estomac récurrents et les maux de tête en cas de changement du caractère de ceux-ci. Pour le surplus, il a constaté que l'expertisée n'était pas limitée dans ses activités par ces atteintes et n'a relevé aucune divergence entre les symptômes décrits et l'examen clinique. En conséquence, le Dr T._____ n'a retenu aucune limitation fonctionnelle ni d'incapacité de travail. Cette analyse, bien motivée, n'est pas contestée par la recourante ni contredite par des rapports au dossier, de sorte qu'elle peut être suivie.

c) La recourante a par ailleurs été examinée successivement par des experts en rhumatologie et en orthopédie.

aa) Au cours de l'examen rhumatologique du Dr F._____, la recourante a fait part de douleurs et de limitations au niveau du poignet gauche, ainsi que d'une fatigue au niveau du poignet droit puisqu'elle était droitrière et qu'elle compensait avec le poignet droit. Elle a relaté des difficultés pour faire ses courses, pour balayer et pour effectuer certains gestes de la vie quotidienne comme découper des aliments, mais se disait apte pour « un travail facile avec la main droite ». Au terme de son examen, l'expert a retenu les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail d'arthropathie avec dégénérescence articulaire et lésion ligamentaire du poignet gauche et de douleurs et limitations de l'épaule gauche. Sans incidence sur la capacité de travail, il a mentionné une suspicion de tendinite du moyen fessier droit. Il avait observé une mobilité limitée du poignet gauche et, notamment, une perte de la force de préhension de la main gauche, ainsi qu'une limitation de la mobilité avec une palpation de l'acromio-claviculaire douloureuse et des tests de conflit

sous-acromial positifs au niveau de l'épaule gauche, ce qui entraînait des limitations fonctionnelles. Contrôlant la cohérence, le Dr F._____ a noté que la recourante était limitée aussi bien dans ses activités de la vie privée que professionnelle, selon le profil d'effort. Il n'y avait en outre pas de divergence entre les symptômes décrits et l'examen clinique réalisé, ni élément d'autolimitation. Les troubles étaient qualifiés de légers en respectant le profil d'effort. Globalement, le Dr F._____ a retenu que l'expertisée était atteinte de son membre supérieur gauche, au niveau de l'épaule et du poignet, ce qui ne lui permettait pas d'assurer son travail d'aide-soignante ou d'aide ménage mais n'était pas incompatible avec l'exercice d'une activité adaptée. Cela étant, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle d'aide-soignante ou d'aide-ménagère depuis au moins février 2009, sans amélioration envisageable. Elle était en revanche entière, depuis toujours sauf pendant huit mois après l'ostéotomie suivie d'une ablation du matériel d'ostéosynthèse en 2010 et six mois après l'arthrotomie en 2013, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas d'utilisation forcée et répétée du poignet et de la main gauches, pas de gestes de préhension répétés avec la main gauche, pas de port de charge lourde de plus de 1 kg sur le poignet et la main gauches, la main gauche devant être considérée comme peu fonctionnelle par l'atteinte du poignet gauche, et enfin, concernant, l'épaule gauche, éviter le travail les bras au-dessus des épaules. L'expert a confirmé son appréciation de l'évolution de la capacité de travail dans le complément du 14 septembre 2022, en relevant que le Dr K._____ en 2014 et le Dr L._____ en 2015 avaient décrit les mêmes limitations fonctionnelles que celles mentionnées par le médecin consulté en 2009.

bb) Au cours de l'examen orthopédique, Le Dr V._____ a procédé avec la recourante à un historique de la problématique concernant son poignet gauche, sans pouvoir déterminer la date de la fracture initiale. L'intéressée a fait part d'une impossibilité d'utiliser son membre supérieur gauche, ainsi que de lombalgies occasionnelles, en précisant qu'elle n'avait pas de limitation liée à son rachis. Elle a expliqué qu'elle effectuait ses activités uniquement avec le membre supérieur droit, en notant l'apparition de douleurs à gauche lors de l'utilisation du membre supérieur droit. Elle a

cependant admis qu'elle pourrait effectuer une activité légère mono-manuelle droite. L'expert a procédé à un examen clinique incluant le rachis cervical et le rachis dorso-lombaire, les membres supérieurs et les membres inférieurs. Il a constaté une mobilité libre au niveau du rachis cervical, mais des douleurs irradiant au niveau de l'épaule gauche, ainsi que l'absence de contracture des trapèzes, mais des myogéloses discrètes. Au niveau du rachis dorso-lombaire, il y avait une sensibilité lombaire basse, ainsi que des douleurs lombaires basses. Le membre supérieur droit était sans particularité et la recourante a difficilement laissé l'expert examiner le membre supérieur gauche. Celui-ci a relevé notamment que le testing et la force ne pouvaient être interprétés, car trop subjectifs, mais qu'il persistait une bonne mobilité des doigts et qu'il n'y avait pas de trouble neurologique. Au niveau des membres supérieurs, le Dr V._____ a observé une sensibilité à gauche sans signes d'atteinte particulière ou de pathologie au niveau des jambes, pieds et chevilles. L'appui monopodal était cependant difficilement tenu à droite comme à gauche, tandis que la marche sur les talons et sur les pointes mettait en évidence un important manque de proprioception. L'expert a ainsi posé les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de status post ancienne fracture de Pouleau-Colles gauche avec pseudarthrose du cubitus mise en évidence après une chute en 2005, ostéotomie distale du radius en mars 2010 puis ostéotomie de raccourcissement du cubitus en novembre 2013, ainsi que de douleur de l'épaule gauche avec limitation fonctionnelle sans explication radiologique. Il a en outre signalé les diagnostics, sans effet sur la capacité de travail, de lombalgie chronique sur déconditionnement et de discrète gonalgie gauche. Dans son évaluation, il a rappelé que les douleurs au poignet gauche étaient apparues à la suite d'une chute en 2005, laquelle avait révélé une consolidation en position vicieuse d'une ancienne fracture du radius distal. Un traitement chirurgical avait été effectué le 18 mars 2010 avec une greffe, suivie d'une ablation du matériel d'ostéosynthèse en octobre 2010, puis avec une ostéotomie de raccourcissement du poignet gauche en novembre 2013. Le Dr V._____ a retenu que les douleurs persistantes au poignet gauche étaient traitées avec succès par infiltration et que l'expertisée était actuellement gênée surtout par les douleurs de l'épaule gauche. A ce propos, les échographies effectuées les 29 janvier 2018 et 5

mai 2020 étaient superposables et, le jour de l'expertise, l'examen de l'épaule était parasité par des retenues de la recourante. Selon l'expert, les découvertes radiologiques n'expliquaient pas les limitations actuelles, mais la non-utilisation du membre supérieur gauche avait pu provoquer des rétractions capsulaires de nature à expliquer en partie les douleurs et limitations observées. Dans l'examen de la cohérence et de la plausibilité, l'expert a retenu une limitation uniforme du membre supérieur gauche, selon le profil d'effort. Il n'y avait cependant pas d'explication concernant la mobilité de l'épaule gauche et la présence de douleurs déclarées aussi intenses, en-dehors du fait que la recourante n'avait pas utilisé son membre supérieur gauche. Le Dr V._____ a ainsi retenu que, sur le plan orthopédique, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis 2009 au moins, mais qu'elle avait toujours été entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, sauf pendant huit mois après l'intervention effectuée le 18 mars 2010, tenant compte de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse du 1^{er} octobre 2010, ainsi que pendant six mois après l'intervention du 18 novembre 2013. L'expert orthopédiste a décrit les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'utilisation du membre supérieur gauche d'une manière active et au-dessus de l'horizontale, activité essentiellement mono-manuelle droite, la main gauche pouvant aider si l'avant-bras est posé sur le plan de travail. Comme le Dr F._____, le Dr V._____ a confirmé son appréciation de l'évolution de la capacité de travail dans le complément du 14 septembre 2022.

cc) L'analyse des experts en rhumatologie et en orthopédie, fouillée et motivée conformément aux exigences posées par la jurisprudence, est convaincante. Se fondant sur les rapports médicaux de la Dre Z._____, tous postérieurs à l'expertise de S._____ SA, la recourante a contesté leurs conclusions en faisant valoir qu'elle présentait de nouvelles atteintes touchant son membre supérieur gauche et son rachis lombaire, ainsi qu'une péjoration de son état de santé.

Dans son rapport du 1^{er} novembre 2024, la Dre Z._____ a mentionné de nouveaux examens d'imageries (IRM de la colonne lombaire des 8 février et 11 août 2023, IRM et radiographie du poignet gauche du 11

août 2023, IRM et radiographie du poignet gauche du 22 janvier 2024, ultrasons de l'épaule gauche du 21 mars 2024) et a posé le diagnostic de brachialgies gauche en lien avec une atteinte complexe du poignet post-traumatique et un status post capsulite rétractile, d'épicondylite droite chronique et de lombalgies chroniques récidivantes, en s'appuyant sur les résultats de ces nouvelles imageries. Invité à se prononcer sur le rapport de la rhumatologue traitante, le SMR a constaté dans son avis du 20 novembre 2024 que les limitations fonctionnelles décrites par la Dre Z._____ étaient similaires à celles retenues par les experts de S._____ SA, de sorte que les conclusions de la rhumatologue traitante constituaient une évaluation différente d'une même situation. Cet avis est convaincant. En effet, bien que les Drs F._____ et V._____ n'aient pas disposé des dernières imageries citées par la Dre Z._____, il n'en demeure pas moins que leurs constats médicaux concernant la mobilité du membre supérieur gauche et du rachis lombaire sont superposables à ceux de la rhumatologue traitante. Ainsi, il est constant qu'au moment de l'expertise, les imageries disponibles ne permettaient pas d'expliquer les douleurs à l'épaule gauche. Le Dr V._____ a néanmoins constaté que la recourante était limitée dans ses mouvements et a émis l'hypothèse de rétractions capsulaires en raison du manque de sollicitation, de sorte qu'il a retenu que ces douleurs avaient une incidence sur la capacité de travail et a décrit des limitations fonctionnelles en conséquence. La thèse d'un manque de sollicitation de l'épaule gauche est également évoquée par la rhumatologue traitante dans son rapport du 1^{er} novembre 2024. Quant aux douleurs lombaires, le Dr V._____ a également pris note des plaintes de la recourante, sans toutefois retenir une influence sur la capacité de travail. Or, la Dre Z._____ a bien précisé que la mobilité du rachis n'avait été limitée qu'au cours de deux épisodes de sciatique, qui s'étaient amendés rapidement grâce au traitement prescrit spécifiquement. Quant à l'épicondylite droite, il faut relever que la Dre Z._____ a précisé que cette atteinte était apparue en 2021, en raison d'une sur-sollicitation du membre supérieur droit. Il ressort de l'expertise du Dr V._____ que la recourante a évoqué des douleurs dans le bras droit lorsqu'elle le sollicitait trop, ce qui était cohérent avec l'absence d'utilisation du membre supérieur gauche, mais les experts n'ont constaté aucune limitation particulière au niveau du

coude droit. Etant par ailleurs rappelé que, selon une jurisprudence constante du Tribunal fédéral, ce n'est pas la dénomination diagnostique qui importe pour juger du droit aux prestations dans le cadre de l'assurance-invalidité, mais uniquement les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail (ATF 136 V 279 consid. 3.2.1 ; TF 8C_672/2023 du 4 juin 2024 consid. 3.2.1 ; 9C_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2 et les références citées), il convient de constater que le rapport de la Dre Z._____ du 1^{er} novembre 2024 n'est pas de nature à mettre en doute les conclusions des Drs F._____ et V._____.

Puis, dans son rapport du 10 juin 2025, la Dre Z._____ a fait part d'une aggravation progressive de l'état de santé de la recourante durant les cinq dernières années, avec l'apparition de nouvelles atteintes. Elle a ainsi évoqué un enraidissement de l'épaule gauche en raison d'une utilisation partielle et douloureuse du membre supérieur gauche ayant entraîné « depuis des mois » une capsulite rétractile, une douleur chronique du coude droit de type épicondylite liée à la forte limitation des mouvements du membre supérieur gauche, des atteintes du rachis lombaire entraînant des douleurs périodiquement fortement limitantes et une faiblesse partielle des extenseurs du pied gauche, ainsi qu'une tendinopathie des fessiers d'apparition récente. Invité à examiner ce rapport, le SMR a relevé dans son avis du 22 juillet 2025 que la rhumatologue traitante ne se prononçait pas sur la capacité de travail et qu'elle décrivait des limitations fonctionnelles similaires à celles définie dans l'expertise, et a conclu à l'absence d'élément nouveau en rappelant que les douleurs lombaires basses sporadiques avaient été prises en compte par les experts. Cet avis peut également être suivi, pour les mêmes motifs déjà exposés s'agissant du rapport de la Dre Z._____ du 1^{er} novembre 2024. En effet, il n'est pas décrit d'aggravation particulière depuis ce précédent rapport. Evoquant toujours des limitations périodiques du rachis, la rhumatologue traitante n'a pas mentionné de nouvel épisode de sciatique depuis août 2023. S'agissant de la tendinopathie du fessier, des symptômes étaient déjà présents au moment de l'expertise et une suspicion de légère tendinite du moyen fessier a été retenue en tant que diagnostic sans incidence sur la capacité de travail. Enfin, les limitations

fonctionnelles décrites comme supplémentaires par la rhumatologue traitante sont en réalité englobées dans celles déterminées par les experts, le profil d'effort impliquant de toute manière une activité légère dépourvue de ports de charges supérieures à 1 kg pour le poignet et la main gauches ainsi que les mouvements impliquant l'épaule gauche. La Dre Z._____ n'a par ailleurs pas évalué la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles induite par son état de santé et, contrairement à ce que semble soutenir la recourante, cette médecin n'a pas non plus évoqué de baisse de rendement. Ainsi, ce rapport est clairement insuffisant pour porter le doute sur les conclusions des Drs F._____ et V._____.

f) Dans leur évaluation interdisciplinaire, les experts ont déterminé que le degré d'atteinte globale à la santé, compte tenu de tous les déficits énoncés, est léger en respectant le profil d'effort, dont ils ont donné la description en posant les limitations fonctionnelles. Ils n'ont pas déterminé d'élément d'autolimitation, excepté un parasitage lors de l'examen orthopédique de l'épaule gauche. Ils ont conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle d'aide-soignante et aide-ménagère depuis au moins février 2009, en raison des atteintes rhumatologiques et orthopédiques, les atteintes relevant de la psychiatrie et de la médecine interne générale n'étant quant à elles pas limitantes. S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'ordre rhumatologique et orthopédique, elle était entière sous réserve des suites opératoires en 2010 et 2013. Ces conclusions sont issues d'une analyse circonstanciée et l'évolution rétroactive est fondée sur des éléments anamnestiques objectifs. Comme relevé ci-dessus, aucune pièce au dossier ne vient jeter le doute sur le leur bienfondé.

Contrairement à ce que la recourante semble affirmer, les experts se sont prononcés sur l'évolution dans le temps de la capacité de travail et ont confirmé leur appréciation après avoir été réinterrogés par le SMR sur ce point précis. Enfin, il faut réfuter le reproche de la recourante, selon lequel les experts n'auraient pas tenu compte du déroulement des mesures de réadaptation, respectivement du motif de leur interruption.

D'une part, il faut relever que les experts ont eu connaissance des rapports établis au cours desdites mesures et qu'ils ont interrogé la recourante sur ce sujet. D'autre part, la cour de céans a annulé la décision prise par l'intimé en date du 5 mars 2018 notamment afin que les éléments observés au cours des mesures puissent faire l'objet d'une évaluation médicale indépendante. La tâche du médecin étant précisément de porter un jugement sur l'état de santé et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler (cf. ATF 140 V 193 consid. 3.2 ; 125 V 256 consid. 4 et les arrêts cités), ses appréciations l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de la personne concernée pendant le stage (cf. TF 9C_713/2024 du 16 septembre 2025 consid. 5.1 ; 9C_87/2022 du 8 juillet 2022 consid. 6.2.1 et les références citées).

e) Par conséquent, l'intimé pouvait légitimement se fonder sur les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire de S._____ SA et retenir que la recourante présente une capacité de travail nulle dans son activité habituelle depuis février 2009 au moins, mais une capacité de travail entière depuis toujours dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, hormis deux périodes de convalescence de huit, respectivement six mois, suivant les interventions chirurgicales de mars 2010 et novembre 2013. Certes, à la suite de cette expertise, l'intimé a soumis son dossier au SMR à plusieurs reprises, ainsi qu'à son service juridique. Il n'y a toutefois pas lieu d'en déduire, comme semble le penser la recourante, que ces évaluations étaient nécessaires en raison de lacunes ou de contradictions dans les conclusions des spécialistes de S._____ SA. Il s'agissait uniquement pour l'intimé de s'assurer qu'elle pouvait suivre ces conclusions alors qu'elles infirmaient l'évaluation qui avait donné lieu à la décision du 5 mars 2018. Il faut cependant rappeler que cette décision a justement été annulée par la Cour de céans en raison d'une instruction insuffisante sur le plan médical.

8. La recourante a contesté le caractère exigible de l'exercice d'une activité adaptée, arguant qu'il était illusoire de retenir qu'elle pourrait

retrouver un emploi compte tenu de sa longue absence du marché du travail et des nombreuses limitations fonctionnelles qui la restreignent.

a) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGa), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 8C_627/2023 du 3 juillet 2024 consid. 7.2 ; TF 8C_407/2018 du 3 juin 2019 consid. 5.2). Toutefois, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGa, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 8C_627/2023 du 3 juillet 2024 consid. 7.2 ; 8C_661/2023 du 21 mai 2024 consid. 5 et les références citées).

S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible, la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C_291/2023 du 30 janvier 2024 consid. 6.2.1 ; 9C_774/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2 et les références citées).

b) En l'occurrence, l'intimé a retenu que la recourante pourrait mettre à profit sa capacité de travail dans une activité simple et répétitive dans le domaine industriel léger (par exemple des tâches simples de surveillance, de vérification ou de contrôle, ou d'autres qui consistent à approvisionner et à surveiller des machines ou des unités de production automatiques ou semi-automatiques). Il n'apparaît pas que ces activités ne pourraient être exercées par la recourante que sous une forme tellement restreinte qu'elles n'existeraient quasiment pas sur le marché général du travail ou que leur exercice impliquerait de l'employeur des concessions excessives.

En premier lieu, il faut rappeler que le caractère irréaliste des possibilités de travail doit découler de l'atteinte à la santé – puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPGa) – et non de facteurs étrangers à l'invalidité, par exemple de facteurs psychosociaux ou socioculturels (cf. TF 9C_420/2025 du 7 novembre 2025 consid. 5.2.2 ; 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 et les références citées). Dans ce contexte, la longue absence du marché du travail de la recourante n'est d'aucune pertinence.

En second lieu, selon une jurisprudence constante, la notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1 ; 110 V 273 consid. 4b ; TF 8C_557/2025 du 10 mars 2026 consid. 7.2 ; 9C_691/2024 du 30 septembre 2024 consid. 8). Il ne s'agit ainsi pas d'apprécier si un employeur est effectivement disposé à confier un travail à la recourante, mais uniquement d'apprécier si, compte tenu de son état de santé, cette dernière est à même d'exercer une activité déterminée. Or, toutes les limitations fonctionnelles ont été prises en compte dans le cadre de la détermination des postes exigibles. En outre, ces limitations

concernent principalement le membre supérieur gauche, qui n'est pas le côté dominant chez la recourante, les experts ayant encore précisé que la main gauche pouvait être sollicitée de manière auxiliaire. Par ailleurs, les activités existant dans le domaine industriel léger telles que susmentionnées ne requièrent pas de formation particulière ni d'expérience spécifique, de sorte que l'on peut considérer qu'elles sont accessibles à la recourante.

Il convient ainsi d'admettre, avec l'intimé, que l'exercice d'une activité adaptée par la recourante est exigible.

9. Il reste à examiner le degré d'invalidité selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus.

a) Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité la personne assurée aurait effectuée si elle était restée en bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. On procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible (ATF 126 V 75 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 et n° 33 ad art. 16).

b) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en principe de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée

hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

c) La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75). Lorsque le revenu sans invalidité et le revenu avec invalidité sont tous deux établis au moyen de l'ESS, on prendra garde à prendre en considération les circonstances étrangères à l'invalidité de la même manière pour établir le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu avec invalidité. On peut également renoncer à une déduction particulière en raison de ces facteurs et se limiter, dans le calcul du revenu avec invalidité, à une déduction pour tenir compte des circonstances liées au handicap de la personne assurée et qui restreignent ses perspectives salariales par rapport à celles ressortant des données statistiques (dans ce sens : ATF 135 V 297 ; 135 V 58 ; 134 V 322 consid. 4 et 5.2).

10. En l'espèce, l'intimé a procédé au calcul du degré d'invalidité selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus en se fondant sur les mêmes statistiques pour les deux termes de la comparaison, en l'occurrence le revenu auquel peut prétendre une femme dans l'économie privée, tous secteurs confondus, niveau de compétence 1, du tableaux TA1_skill_level de l'ESS 2012. Sur cette base, il a retenu que le degré d'invalidité équivalait au taux d'abattement consenti sur le revenu avec invalidité, qu'il a fixé à 15 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente ou à des mesures professionnelles. L'intimé a par ailleurs considéré que l'incapacité

de travail totale dans toute activité en lien avec les interventions chirurgicales de mars 2010 et novembre 2013 n'avaient pas duré suffisamment longtemps pour ouvrir un nouveau délai d'attente. Il ressort de ses notes interne qu'il a également examiné le degré d'invalidité au regard de la modification du 18 octobre 2023 de l'art. 26^{bis} al. 3 RAI, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2024 (cf. ch. 2 des dispositions transitoires relatives à cette modification), calcul qui aboutissait à un degré d'invalidité de 10 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

La recourante n'a formulé aucune critique à l'égard de ces éléments. Ils paraissent conformes à la législation et à la jurisprudence. Il est ainsi constant que la décision litigieuse faisait suite à la troisième demande de la recourante, déposée en mai 2012. Les experts ont conclu que l'incapacité de travail dans l'activité habituelle était totale depuis au moins février 2009, de sorte que le délai d'attente d'une année de l'art. 28 al. 1 let. b LAI était déjà échu au moment du dépôt de cette demande. Le délai de carence de l'art. 29 al. 1 LAI est quant à lui arrivé à échéance le 1^{er} novembre 2012.

La méthode de calcul du degré d'invalidité employée par l'intimé, à savoir la comparaison des revenus fondée sur les mêmes revenus statistiques pour les deux termes de la comparaison, ainsi que la rubrique de l'ESS choisie, ne prêtent pas le flanc à la critique compte tenu de l'absence de formation certifiante de la recourante, de l'ancienneté et la très courte durée de ses activités professionnelles, ainsi que de la définition des activités adaptées. Dans son calcul relatif à l'année 2012, l'intimé a retenu un abattement de 15 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles. Ce taux, plutôt généreux dès lors que l'atteinte principale ne touche pas le membre dominant, peut être confirmé, étant relevé que le droit à la rente ne serait de toute manière pas ouvert même en appliquant l'abattement maximum défini par la jurisprudence. L'abattement est réduit à 10 % dans le calcul pour l'année 2024, ce qui correspond à la nouvelle teneur de l'art. 26^{bis} al. 3 RAI.

Enfin, il convient de constater avec l'intimé que la période d'incapacité de travail totale déterminée par les experts en 2013 constituait un nouveau cas d'assurance (cf. Michel Valterio, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève-Zurich-Bâle 2018, n. 18 ad art. 28 LAI et les références citées ; cf. TF 9C_692/2018 du 19 décembre 2018 consid. 4.3 ; 9C_472/2016 du 29 novembre 2016 consid. 5.2 et les références citées) et n'a pas duré suffisamment longtemps au regard du délai d'attente de l'art. 28 al. 1 let. b LAI.

Il faut ainsi retenir que le degré d'invalidité au 1^{er} novembre 2012 s'élevait à 15 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité, et que ce taux n'a pas évolué de manière à entraîner l'ouverture d'un droit à la rente depuis lors.

Ce taux est également insuffisant pour ouvrir le droit à des mesures d'ordre professionnel. Au demeurant, même si le seuil de 20 % qui ouvre le droit à un reclassement professionnel avait été atteint (art. 17 al. 1 LAI ; ATF 139 V 399 consid. 5.3 ; TF 9C_184/2025 consid. 2.2), il faudrait constater que de nombreuses activités adaptées aux limitations fonctionnelles de la recourante ne nécessitent pas de formation particulière (activités légères visées par l'ESS, skill_level, niveau de compétence 1 ; cf. TF 9C_486/2022 du 17 août 2023 consid. 8).

11. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat. La partie recourante est toutefois rendue attentive au fait qu'elle devra en rembourser le montant dès qu'elle

sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGa).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 23 juillet 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Procap (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :