

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 23 juin 2014

---

Présidence de       Mme    THALMANN  
Juges    :       M.    Neu et M. Gutmann, assesseur  
Greffière    :       Mme    Barman Ionta

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**R.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante,

et

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

---

**Art. 6, 7 et 8 LPGA ; art. 17 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** R.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), ressortissante serbe née en 1956, sans formation professionnelle, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 26 avril 2011, invoquant une atteinte à la santé de nature malade et un suivi médical par le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique. Elle était en incapacité de travail totale depuis le 14 juillet 2010 et précisait, dans le formulaire « détermination du statut (part active/part ménagère) », qu'en l'absence d'atteinte à la santé, elle travaillerait comme femme de ménage à 100% par nécessité financière.

Selon le questionnaire pour l'employeur du 12 mai 2011, l'assurée a travaillé comme employée de ménage auprès de l'établissement médico-social [...] à [...], du 16 juin 1993 au 30 avril 2011, l'employeur ayant résilié le contrat pour motif de réorganisation de l'établissement. Il ressortait également de ce questionnaire que l'horaire de travail était de 41,5 heures par semaine, que l'assurée travaillait en moyenne 29,25 heures depuis 2008 et que le salaire perçu en 2010 s'élevait à 42'891 fr. 55.

Le 30 mai 2011, l'assurée s'est soumise à une expertise médicale ordonnée par N.\_\_\_\_\_, assureur-accidents, eu égard à deux accidents dont elle avait successivement été victime les 14 juillet 2010 et 9 janvier 2011, impliquant l'épaule droite respectivement l'épaule gauche. L'expertise a été réalisée par le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, dont le rapport a été communiqué à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI). Le Dr W.\_\_\_\_\_ posait les diagnostics suivants :

- « - Tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs des deux épaules, plus avancée du côté droit
- Arthropathie dégénérative gléno-humérale droite, consécutive
- Status bientôt 5 mois après possible entorse/contusion bénigne de l'épaule gauche
- Status 10 mois et ½ après entorse bénigne de l'épaule droite

- Status bientôt 8 mois après débridement-suture du sus-épineux et du sous-scapulaire, à l'épaule droite
- Status 3 ans après méniscectomie interne du genou droit. »

Après examen du dossier médical d'N.\_\_\_\_\_, de l'arthographie-IRM de l'épaule droite réalisée le 21 juillet 2010, celle de l'épaule gauche effectuée le 8 mars 2011 et un examen clinique avec bilan radiologique standard des deux épaules, le Dr W.\_\_\_\_\_ a apprécié la situation notamment comme suit :

« En premier lieu, on évoque la très importante impotence fonctionnelle de l'épaule, toujours d'actualité, bientôt 5 mois après le traumatisme. Elle se trouve en nette discordance avec une coiffe qui paraît encore fonctionnelle (frein à la chute du bras), en grande partie en continuité (espace sous-acromial préservé). Elle n'est pas la conséquence d'une capsulite (les rotations passives étant préservées). Il ne semble pas y avoir de phénomène dystrophique réflexe (l'architecture trabéculaire osseuse des épaules étant symétrique, par ailleurs physiologique), pouvant lui rendre compte d'un état algique typique. Enfin, les signes indirects d'épargne chronique de la racine du membre (trophicité musculaire) manquent !

En pondérant l'ensemble des éléments mis à disposition et ceux objectivés lors de la présente expertise, il semble fort probable que l'événement du 9 janvier 2011, à l'origine d'une possible entorse de l'épaule gauche, voire d'une contusion sous-acromiale, a surtout révélé un état pathologique sous-jacent, c'est-à-dire la tendinopathie dégénérative de la coiffe des rotateurs. On n'exclut bien évidemment pas la faible possibilité que l'événement en question ait pu rompre quelques fibres d'un sus-épineux particulièrement fragilisé ou usé. Cependant, cette hypothétique lésion aiguë n'a, encore une fois, pas modifié de manière substantielle la fonction globale de l'épaule dans les suites immédiates du traumatisme, ce qui laisse supposer qu'une telle lésion serait de très faible envergure.

En outre, la très nette discordance entre, les éléments objectifs actuels et, les éléments subjectifs (laissant à vrai dire peu de place à une appréciation nuancée d'éventuelles micro-séquelles traumatiques), fait clairement craindre la participation de facteurs extra-anatomiques dans l'évolution de ce cas.

Pour l'entorse bénigne de l'épaule, ou la contusion sous-acromiale supputée, pour autant qu'elle ait besoin d'un traitement adéquat et soutenu (antalgie, AINS, physiothérapie, éventuelle infiltration), le status quo ante, respectivement sine, est généralement atteint après un délai de 2 à 4 semaines.

Une extension de la symptomatologie dans le temps pourrait être admise dans le cadre de troubles dégénératifs associés, qui sont à l'origine d'une fragilité tissulaire et partant, d'un rétablissement plus lent. Ce délai ne dépasse a priori pas 1 mois supplémentaire.

Au-delà, et dans le cas de Mme R.\_\_\_\_\_, l'évolution fut très certainement (et exclusivement) régie par la tendinopathie dégénérative de la coiffe des rotateurs, qui touche donc les deux épaules, de manière plus avancée du côté dominant. »

La capacité de travail de l'assurée était évaluée comme nulle dans l'activité habituelle de femme de ménage, jugée incompatible avec une tendinopathie de la coiffe des rotateurs des deux épaules, mais totale dans une activité ne nécessitant pas le port de charges et permettant d'éviter les mouvements en force des membres supérieurs, voire les gestes répétés en hauteur. Le Dr W.\_\_\_\_\_ mentionnait pour exemple un poste de couturière, d'employée sur une chaîne de montage avec maniements d'objets légers (incluant l'emballage), de téléphoniste, de coursière, de contrôleur, voire d'employée de bureau.

Dans un rapport du 22 juin 2011 adressé à l'OAI, le Dr M.\_\_\_\_\_ s'est prononcé sur l'accident du 14 juillet 2010, posant les diagnostics de grande rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et d'articulation acromio-claviculaire douloureuse de l'épaule droite. Il attestait une incapacité de travail jusqu'au second accident et mentionnait, comme seules limitations fonctionnelles, le port de charges et la nécessité de lever les bras au-dessus de la tête. Un rapport établi à la suite d'une consultation du 3 août 2010 était également remis à l'OAI. Le Dr M.\_\_\_\_\_ expliquait que le mécanisme d'accident était en principe un étirement violent du bras avec l'épaule en flexion. L'IRM montrait une grande rupture de la coiffe des rotateurs, une déchirure totale du tendon du sus-épineux, une rupture allant jusque dans la partie haute du sous-épineux et une déchirure totale du sous-scapulaire. Le chirurgien transmettait également à l'OAI le protocole opératoire d'une intervention réalisée le 22 septembre 2010, consistant en une arthroscopie de l'épaule droite, la reconstruction de trois tendons de la coiffe des rotateurs et une synovectomie, ainsi que le rapport de consultation du 2 novembre suivant, où il mentionnait être très optimiste, contrairement à la patiente, et préconisait la reprise du travail à 50% dès le 1<sup>er</sup> décembre 2010.

L'assurée ayant souffert d'un carcinome du sein droit en janvier 2009, l'OAI a interpellé le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en oncologie médicale. Dans son rapport du 2 août 2011, le Dr S.\_\_\_\_\_ indiquait un pronostic favorable et une capacité de travail exigible à 100% du point de vue oncologique.

Dans un rapport du 5 août 2011 à l'OAI, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics affectant la capacité de travail de rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite à la suite d'un traumatisme le 14 juillet 2010, de déchirure du tendon du sus-épineux de l'épaule gauche à la suite d'un traumatisme le 9 janvier 2011, de gonalgies droites résiduelles après arthroscopie pour déchirure du ménisque interne survenue en 2008 et d'état anxio-dépressif réactionnel aux multiples problèmes de santé depuis l'automne 2010. Il posait les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de status après tumorectomie et radiothérapie complémentaire pour un cancer du sein droit en 2009 et de rachialgies sur troubles statiques et dégénératifs du rachis principalement cervical et lombaire depuis 2002. Le pronostic était défavorable. L'assurée se plaignait de gonalgies droites ainsi que de douleurs et d'importantes limitations de la mobilisation des deux épaules. L'incapacité de travail était totale dans toute activité, dans la mesure où les gonalgies limitaient la capacité à se déplacer et les douleurs aux épaules empêchaient d'effectuer tout mouvement important ainsi que le port de charge. Le Dr D.\_\_\_\_\_ remettait en outre à l'OAI différents rapports médicaux, émanant notamment du Dr M.\_\_\_\_\_. Dans l'un de ces rapports, faisant suite à une consultation du 22 février 2011, le Dr M.\_\_\_\_\_ écrivait que la manœuvre de Jobe était des deux côtés quasi identique et relativement bien préservée. Il préconisait une nouvelle IRM afin de voir « quelle limitation on pourra mettre concernant l'incapacité de travail » et une expertise en vue d'un recyclage professionnel. Il ajoutait avoir prolongé l'incapacité de travail de l'assurée, cette dernière déclarant ne pas pouvoir travailler du tout. Dans un rapport du 3 mai 2011, le Dr M.\_\_\_\_\_ indiquait que, selon les dires de l'assurée, les douleurs à l'épaule droite s'étaient atténuées avec l'opération et l'épaule gauche était la plus

douloureuse ; elle ressentait des douleurs purement antérieures, des déclics et une irradiation dans la masse musculaire du biceps. Selon le chirurgien, cela était concordant avec l'IRM réalisée le 8 mars 2011, dans la mesure où la petite déchirure transfixiante de la partie antérieure du sus-épineux produisait une instabilité et une tendinite consécutives du tendon long-chef du biceps. Le Dr D.\_\_\_\_\_ adressait également un rapport du Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, rédigé à la suite d'une consultation du 15 avril 2011. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ constatait que l'IRM du 8 mars 2011 mettait en évidence une minime déchirure au niveau du sus-épineux et que cette petite lésion, confirmée par l'ultrasonographie des épaules réalisée le jour même, était selon lui minime et peu significative.

Dans un avis du 12 septembre 2011, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) s'est rallié à l'avis du Dr W.\_\_\_\_\_, considérant que l'activité habituelle n'était plus adaptée depuis le 14 juillet 2010 et qu'une activité respectant les limitations fonctionnelles établies était exigible à 100% dès le 30 mai 2011. Il était par ailleurs constaté que les atteintes ostéoarticulaires avaient été dûment instruites alors que la notion d'état anxio-dépressif apparaissait pour la première fois dans le rapport du médecin traitant. De ce fait, le SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

L'expertise psychiatrique a été réalisée le 1<sup>er</sup> novembre 2011 par la Dresse F.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport rédigé le 22 novembre suivant, il n'a été retenu aucun diagnostic d'atteinte psychiatrique à la santé, affectant ou non la capacité de travail. La Dresse F.\_\_\_\_\_ appréciait la situation comme il suit :

« A l'examen de ce jour, il s'agit d'une femme orientée et collaborante, dont les capacités intellectuelles sont bien présentes. Malgré une scolarité modeste, son intégration à l'existence en Suisse s'est déroulée favorablement et ses propos retracent une anamnèse de bonne qualité, notamment dans la maîtrise des dates. L'examen des critères de dépression au sens des classifications internationales est négatif, comme la recherche des éléments anxieux. Seules des préoccupations liées à des difficultés objectives (incertitude financière concernant l'avenir du couple) embarrassent l'intéressée d'une manière non pathologique.

En conséquence, l'examen de ce jour n'ayant mis en évidence aucune atteinte psychiatrique à la santé, l'exigibilité professionnelle de l'intéressée est strictement tributaire des limitations fonctionnelles somatiques.

**Quant au positionnement face aux rapports médicaux adressés :**

Le rapport d'expertise signé le 30 mai 2011 par le Dr W. \_\_\_\_\_ pose des diagnostics de tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs des deux épaules, plus avancée du côté droit, ainsi que d'une arthropathie dégénérative gléno-humérale droite consécutive. La discordance entre les symptômes et les éléments objectifs relevée dans ce rapport peut effectivement évoquer l'hypothèse de facteurs extra-anatomiques dans l'évolution du cas, mais ces facteurs ne s'appuient pas sur une atteinte psychiatrique à la santé.

Quant au rapport médical signé le 5 août 2011 par le Dr D. \_\_\_\_\_, l'état anxio-dépressif réactionnel aux multiples problèmes de santé que ce médecin traitant mentionne peut correspondre à des préoccupations anxieuses non pathologiques concernant l'avenir de l'intéressée, ainsi qu'à une baisse de l'humeur possiblement passagère à caractère réactionnel. Etant donné que les capacités cognitives sont intactes, l'examen de ce jour peut attester que l'expertisée n'est pas atteinte d'une maladie psychiatrique de l'ordre de l'anxiété ou de la dépression, dont l'intensité aurait pu motiver une incapacité de travail au long cours. »

Interpellé par l'OAI, le Dr M. \_\_\_\_\_ a rédigé un rapport médical le 31 janvier 2012, posant comme diagnostic un status à 3 mois et demi d'une arthroscopie de l'épaule gauche. L'intervention pratiquée le 4 septembre 2011 avait consisté en une ténotomie sur tendinite du long chef du biceps. Le Dr M. \_\_\_\_\_ mentionnait une incapacité de travail totale dès le 10 janvier 2012, pour six semaines. Il joignait à son rapport un courrier adressé le 12 janvier 2012 au Dr D. \_\_\_\_\_, faisant suite à la consultation du 10 janvier 2012, et rédigé en ces termes :

« Je revois Madame R. \_\_\_\_\_ à environ 15 mois et demi d'une arthroscopie, reconstruction de 3 tendons de la coiffe des rotateurs et synovectomie de l'épaule droite et à 3 mois et demi d'une arthroscopie de l'épaule gauche et ténotomie du biceps. Elle va « comme si comme ça ». L'abduction active semble être jusqu'à 90°. Douleurs résiduelles des deux côtés. La trophicité du sus-épineux me semble bonne à droite, discrète hypotrophie à gauche. Déficit en ce qui concerne la RE II d'environ 10° à 15° à droite et d'environ 30° à gauche. Légère diminution de la rotation interne à gauche, à droite probablement normale difficile à dire. La force en rotation externe me semble raisonnable, la force au testing du Jobe est inutilisable par manque de compliance. Test Napoléon des deux côtés négatif. Je pense que l'on peut arrêter la physiothérapie car cette patiente

ne va jamais avouer être indolore. J'ai fait une dernière attestation pour une incapacité de travail dans sa profession originale pour les prochaines 6 semaines. Ensuite le cas est à régler dans le cadre d'un recyclage professionnel à mon avis. Je suis d'ailleurs persuadé que le résultat est bien meilleur que la patiente avoue. A gauche le résultat final n'est pas encore atteint. Comme je l'ai déjà stipulé à multiples reprises, je ne pense pas que la patiente puisse être soumise à des travaux qui nécessitent le travail en hauteur ni la manipulation de charge lourde ou l'activité contre résistance en hauteur. Toute activité qui se fait au niveau de la table et toute activité de surveillance me semble pourtant être possible. »

Dans un rapport du 22 février 2012, le Dr V. \_\_\_\_\_ du SMR a retenu comme atteinte principale à la santé une tendinopathie dégénérative de la coiffe des rotateurs des deux épaules. Comme pathologie associée du ressort de l'assurance-invalidité, il mentionnait la gonalgie droite. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle ; dans une activité adaptée, elle était de 100% dès le 30 mai 2011, de 0% entre le 4 septembre 2011 et la fin février 2012, puis à nouveau de 100%. Les limitations fonctionnelles se traduisaient par une absence de port de charges lourdes, de travail en hauteur (ne pas lever les bras au-dessus de 90°), d'activité contre résistance et d'activité accroupie. Au terme de son rapport, le Dr V. \_\_\_\_\_ préconisait une aide au placement.

Une enquête économique sur le ménage a été réalisée le 2 juillet 2012 au domicile de l'assurée, en présence de sa belle-fille. Selon le rapport d'enquête établi le 13 juillet 2012, le statut proposé par l'enquêtrice était de 77% active et 23% ménagère, pour les motifs suivants :

« Sur le formulaire 531bis complété le 20.05.2011, l'assurée indique que sans atteinte à la santé, elle exercerait une activité lucrative à 100%, depuis le 14.07.2010 comme femme de ménage pour avoir des revenus supplémentaires. L'assurée dit que si elle n'avait pas eu l'accident, elle aurait continué le même travail, au même taux car cela lui convenait bien et que les revenus étaient suffisants pour entretenir sa famille.

Motivation du statut :

L'assurée ne se souvient pas du taux exact auquel elle travaillait car elle dit que cela dépendait des semaines, parfois elle faisait plus d'heures et d'autres fois moins.

Sur le certificat de travail de l'assurée, il est mentionné le taux de 77% mais sur le questionnaire de l'employeur un taux de 70%. L'assurée dit que cela dépendait des mois et des besoins du service

mais qu'elle travaillait au taux de 77% comme mentionné sur le certificat de travail.  
En bonne santé, l'assurée aurait continué de travailler au même taux, chez le même employeur, pour des raisons économiques. »

Selon le rapport d'enquête ménagère, l'assurée vivait dans un appartement avec son mari, son fils, sa belle-fille et les trois enfants de ces derniers. Elle bénéficiait de l'aide de sa belle-fille pour les tâches ménagères, avant comme après l'atteinte à la santé, conformément à la « description des empêchements dus à l'invalidité ». L'enquêtrice a conclu que l'assurée n'avait pas d'empêchement dans l'accomplissement de ses travaux habituels, dans la mesure où elle pouvait faire une partie du ménage et qu'il convenait de tenir compte de l'aide exigible de la famille.

Le 29 novembre 2012, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter la demande de prestations (reclassement et rente d'invalidité). Il résultait du projet de décision notamment ce qui suit :

« Résultat de nos constatations :

Par votre demande du 26 avril 2011, vous avez sollicité des prestations de notre assurance.

Suite aux investigations médicales qui ont été entreprises, il ressort que depuis le 14 juillet 2010, vous êtes en incapacité de travail totale et que votre activité habituelle d'employée de ménage n'est plus adaptée à votre état de santé.

Toutefois, dans une activité qui tienne compte de vos limitations fonctionnelles (pas de port de charges lourdes, pas de travail en hauteur, ne pas lever les bras au-dessus de 90°, pas d'activité contre résistance, pas d'activité accroupie) votre capacité de travail est exigible à 100% et ce depuis le 30 mai 2011.

Tel serait le cas dans des activités telles que :  
ouvrière dans l'industrie alimentaire, dans le contrôle et surveillance d'un processus de production ou dans le conditionnement.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est votre cas - repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidité (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2010, CHF 4'225.- par mois, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2010, TA1 ; niveau de qualification 4).

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 2010 (41,7 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'406.56 (CHF 4'225.- x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 52'854.75.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2010 à 2012 (+1.00% + 1.31% ; La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 54'082.62.

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 77%, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 41'643.62 par année.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidité, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc).

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles et de votre âge, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidité est justifié.

Le revenu annuel d'invalidité s'élève ainsi à CHF 37'479.25.

Vous subissez, par conséquent un préjudice économique de l'ordre de 17%.

**Comparaison des revenus :**

sans invalidité CHF 45'128.00

avec invalidité CHF 37'479.25

la perte de gain s'élève à CHF 7'648.75 = invalidité de 17%

Sans atteinte à la santé, dans votre activité d'employée de ménage, vous pourriez prétendre à un revenu annuel brut de CHF 45'128.- en 2012.

De l'enquête réalisée à votre domicile, il a été retenu un statut de 77% active et 23% ménagère.

Selon nos observations, l'empêchement dans la tenue de votre ménage est de 0%. En effet, avant votre atteinte à la santé, vous bénéficiez de l'aide de votre belle-fille pour les tâches ménagères. Bien que votre époux, votre fils et votre petite-fille ne participent pas à ces tâches, nous devons considérer qu'ils pourraient le faire.

Par conséquent et selon l'enquête réalisée, nous estimons que vous pouvez faire une partie du ménage et nous avons retenu l'aide exigible de la famille dans le calcul de vos empêchements ménagers.

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Active	77%	17%	13%
Ménagère	23%	0%	0%
Degré d'invalidité			13%

Le degré d'invalidité global résultant des deux domaines est de 13%.

Un degré d'invalidité inférieur à 40% n'ouvre pas droit à une rente d'invalidité.

Par ailleurs, ce taux d'invalidité n'ouvre pas le droit à un reclassement professionnel.

En raison de douleurs de l'épaule gauche, vous avez subi une intervention le 4 septembre 2011.

Une incapacité de travail totale dans toute activité vous est reconnue depuis la date de l'opération, soit le 4 septembre 2011 et ce jusqu'au 29 février 2012.

En effet, depuis le 1<sup>er</sup> mars 2012, votre capacité de travail est à nouveau entière dans l'activité adaptée.

Cette incapacité ayant duré moins d'une année, le droit à une rente ne vous est pas reconnu, conformément à l'article 28, al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité.

Notre décision est par conséquent la suivante :

La demande est rejetée.

Toutefois et au vu des limitations fonctionnelles précitées, une aide au placement peut vous être offerte, conformément à la communication ci-jointe. »

Par décision du 25 janvier 2013, l'OAI a maintenu son préavis et rejeté la demande de reclassement et de rente d'invalidité.

**B.** R. \_\_\_\_\_ a interjeté recours contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 25 février 2013, concluant implicitement à son annulation. Elle fait valoir que les Drs D. \_\_\_\_\_ et Q. \_\_\_\_\_ la maintiennent en incapacité de travail et lui dispensent toujours un traitement médical. Elle expose être au bénéfice de l'aide sociale, souhaiter travailler dans l'idéal à 100% dans la même activité qu'auparavant, mais ne pouvoir reprendre cette activité pour des

raisons tant physique que psychique, ajoutant être disposée à travailler à 50% si elle trouve une activité adaptée.

Le 13 mars 2013, la recourante a informé la Cour de céans qu'elle maintenait son recours et requérait la mise en œuvre d'une expertise neutre et pluridisciplinaire.

Le 23 avril 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Dans sa réplique du 27 mai 2013, la recourante a maintenu sa demande d'expertise pluridisciplinaire, requérant de plus la présence d'un traducteur. Elle soutient que l'expertise d'octobre [recte : novembre] 2011 n'est pas recevable, eu égard au fait qu'elle s'est présentée seule et ne parle pas assez bien le français pour apporter des réponses précises aux questions de l'expert. De même, l'examen au SMR de février 2012 a été réalisée en l'absence d'un traducteur et sans radiographie, prise de sang et examen clinique suffisant. Elle indique en outre que sa famille ou ses médecins traitants peuvent être entendu comme témoins.

Le 13 juin 2013, l'OAI a maintenu sa position et préavisé pour le rejet du recours.

Le 21 octobre 2013, l'OAI a transmis à la Cour de céans un rapport d'expertise médicale réalisée le 10 septembre 2013 à la demande d'N.\_\_\_\_\_, par le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie. L'expert retenait les diagnostics d'omalgies bilatérales chroniques dans le cadre d'une réparation arthroscopique de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite le 22 septembre 2010 et ténodèse du biceps, décompression sous-acromiale et synovectomie arthroscopique de l'épaule gauche le 7 septembre 2011, de périarthropathie de la hanche gauche et de rachialgies et gonalgies chroniques. Il appréciait la situation comme suit :

« Mme R.\_\_\_\_\_ est une assurée de 57 ans, au bénéfice d'une résection arthroscopique méniscale interne de son genou droit en 2008, d'une réparation de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite le

22 septembre 2010 ainsi qu'une ténodèse du biceps avec décompression sous-acromiale et synovectomie de l'épaule gauche le 7 septembre 2011. A noter que l'assurée a été victime d'un cancer du sein droit dont elle a été opérée en janvier 2009, suivie d'une radiothérapie et hormonothérapie adjuvante.

Ayant travaillé comme nettoyeuse femme de ménage dans l'hôtellerie puis comme lingère, elle a interrompu son activité professionnelle dès 2010 pour émarger au chômage dès février 2012, omalgo-brachialgies bilatérales, douleurs de la péri-hanche gauche, gonalgies et rachialgies étant à l'origine d'une incapacité de travail de 100% dès le 29 octobre 2012.

L'examen clinique de ce jour est difficile d'interprétation, marqué par de nombreux signes de surcharges fonctionnels alliant exagération de la réponse verbale, projection non anatomique de la douleur, mouvements de contrepulsions et d'oppositions actives lors de l'examen clinique intéressant les épaules, le dos comme les genoux. On retrouve une distance doigts-sols de 30cm avec un Schober lombaire de 10-15cm, alors que la distance doigts-orteils lorsque l'assurée est assise sur la table d'examen les jambes tendues est inférieure à 10cm, l'assurée ne signalant aucune lombalgie particulière lors de cette manœuvre. Il n'y a pas d'altération de la mobilité cervicale, une discrète restriction de la mobilité des hanches dans le cadre d'un embonpoint abdominal et des cuisses, l'absence de restriction d'amplitude des coudes, des poignets, des mains, des genoux comme des chevilles et des pieds, seules les épaules étant témoins d'une restriction toutefois difficile d'appréciation en regard de signes de surcharge fonctionnelle. L'assurée garde les bras collés au corps de manière caricaturale alors qu'elle décolle aisément les bras du corps lorsqu'on l'observe à son insu, mobilisations actives des épaules ne pouvant dépasser une vingtaine de degrés dans tous les plans alors que passivement avec l'aide de l'examineur, l'élévation comme l'abduction peut atteindre 90°, les rotations externes de 40°, mobilisations algiques au moignon de l'épaule. Le testing de la coiffe des rotateurs n'est pas interprétable en raison de pseudo-lâchages antalgiques. Les articulations périphériques sont calmes sans arthrite ni synovite, le genou droit est sec sans épanchement significatif. On retrouve des douleurs mal systématisées à la palpation rotulienne et des éléments capsulo-ligamentaires s'y rattachant, algies prédominant au genou droit et sa partie interne. Il n'y a pas de syndrome irritatif des membres, les réflexes ostéotendineux sont vifs et symétriques, il n'y a pas d'altération de la force au-delà d'une diminution de la force de préhension bilatérale, force quasi inexistante, inexplicable chez une assurée de ce gabarit sans amyotrophie constatée. Il n'y a pas d'altération de la sensibilité, les réflexes ostéotendineux sont vifs et symétriques.

L'anamnèse comme l'examen clinique n'est donc pas à même d'expliquer la globalité des symptômes présentés par l'assurée, leurs localisations, leurs intensités et leurs retentissements sur son fonctionnement, examen clinique marqué de nombreux signes de surcharges fonctionnels restant évocateur d'un syndrome douloureux chronifié. L'expert, malgré un examen clinique difficile d'appréciation, retient principalement des limitations fonctionnelles comportant les ports de lourdes charges, les mouvements répétitifs

impliquant les membres supérieurs, la position debout et la marche prolongée, ceci dans le cadre d'un status après chirurgie des épaules et du genou droit.

Du point de vue rhumatologique, la capacité de travail de l'assurée dans une activité professionnelle de nettoyeuse comme de femme de chambres ou lingère est nulle, en regard des limitations fonctionnelles retenues.

Dans une activité professionnelle légère, excluant les ports de charges au-delà de 5kg, les mouvements répétitifs et de force impliquant les membres supérieurs principalement au-delà de l'horizontal, activité autorisant l'alternance de la position assise et debout aux heures, évitant la marche prolongée au-delà d'1h, les travaux accroupis et la montée et la descente des escaliers de manière répétitive, la capacité de travail de l'assurée est entière. »

Invitée à se déterminer sur le rapport d'expertise du Dr C.\_\_\_\_\_, la recourante a indiqué, par écrit du 29 octobre 2013, comprendre qu'elle ne présentait pas une incapacité de travail ouvrant le droit aux prestations de l'assurance-invalidité. Elle relevait cependant ne disposer d'aucune formation professionnelle, n'avoir comme unique expérience professionnelle que celle de femme de chambre, présenter d'importantes lacunes en langue française et n'obtenir aucune aide de l'assurance-chômage.

Le 12 novembre 2013, l'OAI a adressé céans un avis SMR du 25 octobre 2013, auquel il déclarait se rallier. Le SMR s'alignait sur les conclusions de l'expertise du Dr C.\_\_\_\_\_, suggérant cependant d'interroger l'expert sur la date à compter de laquelle il estimait qu'une activité adaptée à plein temps était exigible.

Le 19 novembre 2013, l'OAI a informé la Cour de céans que son service d'aide au placement allait convoquer prochainement la recourante aux fins de l'aider à retrouver un emploi correspondant à son état de santé ; l'entretien a eu lieu le 16 décembre suivant (cf. lettre de l'OAI du 6 décembre 2013).

La recourante s'est déterminée le 28 novembre 2013, réitérant sa requête quant à obtenir l'aide de l'assurance-invalidité pour se réinsérer dans la vie professionnelle.

Interpellé par la juge instructeur, le Dr C.\_\_\_\_\_ s'est exprimé le 11 février 2014 en ces termes :

« Madame R.\_\_\_\_\_ a une capacité de travail complète dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le 10 janvier 2012, date à laquelle elle a été examinée par le Dr M.\_\_\_\_\_, médecin chef du service d'orthopédie de l'Hôpital de [...], qui notifie le traitement comme terminé. »

La recourante a, par écriture du 20 février 2014, contesté le début de la capacité de travail retenu par le Dr C.\_\_\_\_\_, au motif que cette appréciation n'était fondée que sur l'expertise du Dr M.\_\_\_\_\_, laquelle était au demeurant contestée eu égard à l'absence d'un traducteur.

L'intimé a confirmé ses conclusions dans ses écritures ultérieures.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). 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. 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).

**b)** La LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009, 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 al. 1 let. a LPA-VD).

En l'occurrence, le recours a été formé en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), il convient d'entrer en matière sur le fond.

**2.** La question à examiner est celle du droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, particulièrement la rente et le reclassement dans une nouvelle profession.

**3.** Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

- sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels, ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles ;
- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable ;
- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins.

Le droit au reclassement professionnel (art. 17 LAI), comme le droit à la rente, suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 LAI).

L'invalidité se définit comme 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 (art. 8 al. 1 LPGA et 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 (art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit 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 dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens des art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA. Ne sont pas considérées comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 ; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2).

**4.** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 2c ;

105 V 156 consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées : VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc ; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en

oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_776/2009 du 11 juin 2010 consid. 2.2) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C\_776/2009 du 11 juin 2010 consid. 2.2).

**5.** La recourante soutient ne pas disposer d'une capacité de travail qui excéderait 50%, reconnaissant dans ses déterminations subséquentes qu'il ressort de l'expertise du Dr C.\_\_\_\_\_ qu'elle ne présente pas une incapacité de travail ouvrant le droit aux prestations de l'assurance-invalidité. Elle remet en cause les conclusions de l'expertise psychiatrique ainsi que celles du SMR, au motif que les rendez-vous ont eu lieu sans la présence d'un traducteur. Elle estime en outre que le SMR n'a pas procédé à un examen clinique suffisant ni pratiqué de radiographie ou effectuer de prise de sang.

**a)** Le grief relatif à l'absence d'un traducteur ne saurait être retenu. En effet, le Tribunal fédéral considère qu'il n'existe pas de droit inconditionnel à la réalisation d'un examen dans la langue maternelle de l'assuré ou à l'assistance d'un interprète. Il appartient à l'expert, dans le cadre de l'exécution soigneuse de son mandat, de décider si l'examen médical doit être effectué dans la langue maternelle de l'assuré ou avec le concours d'un interprète (TF 9C\_287/2012 du 18 septembre 2012 consid. 4.1 et les arrêts cités). Le point de savoir si, au regard des circonstances concrètes du cas d'espèce, la compréhension linguistique entre l'expert et la personne assurée est suffisante pour garantir une expertise revêtant un

caractère à la fois complet, compréhensible et concluant, relève de l'appréciation des preuves (TF 9C\_287/2012 précité, consid. 4.2).

En l'occurrence, la Dresse F. \_\_\_\_\_ mentionne, en page 5 du rapport d'expertise, que « la maîtrise de la langue française est largement suffisante pour l'entretien ». Cette appréciation est corroborée par le constat du Dr W. \_\_\_\_\_, lequel écrit, en page 7 de son rapport d'expertise, que « [la patiente] maîtrise relativement bien le français ». Il apparaît par ailleurs que l'examen clinique réalisé par le Dr W. \_\_\_\_\_ l'a été en l'absence d'un interprète, sans que la recourante ne fasse de critique à cet égard. Il ne saurait dès lors être tenu compte de ce grief, dénoué de tout fondement, étant précisé que la recourante se devait d'invoquer un éventuel problème avant que l'expertise ne soit rendue – de même que s'agissant de l'examen au SMR quatre mois plus tard –, conformément au principe de la bonne foi en procédure (art. 5 al. 3 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]) selon lequel la partie qui s'aperçoit qu'une règle de procédure est violée à son détriment ne saurait laisser la procédure suivre son cours sans réagir, dans le but, par exemple, de se réserver un moyen de nullité pour le cas où le jugement à intervenir ne la satisferait pas (ATF 127 II 227 consid. 1b ; 111 V 149 consid. 4c).

**b)** Cela étant, lors de l'expertise psychiatrique, la Dresse F. \_\_\_\_\_ constate que seules des préoccupations liées à des difficultés objectives (incertitude financière concernant l'avenir du couple) sont présentes, et d'une manière non pathologique. Selon elle, l'état anxio-dépressif réactionnel mentionné par le médecin traitant peut correspondre à des préoccupations anxieuses non pathologiques concernant l'avenir de l'assurée ainsi qu'à une baisse de l'humeur possiblement passagère à caractère réactionnel. L'examen des critères de dépression au sens des classifications internationales s'est révélé négatif, tout comme la recherche d'éléments anxieux. Elle retient l'hypothèse de facteurs extra-anatomiques dans l'évolution du cas, telle qu'évoquée par le Dr W. \_\_\_\_\_, considérant cependant que ces facteurs ne s'appuient pas sur une atteinte psychiatrique à la santé. Ne retenant dès lors aucune atteinte

psychiatrique, elle conclut que l'exigibilité de l'expertisée est strictement tributaire des limitations fonctionnelles somatiques.

Aucun élément ne justifie de s'écarter de l'appréciation de la Dresse F.\_\_\_\_\_. L'avis du Dr D.\_\_\_\_\_, seul médecin à évoquer un état anxio-dépressif réactionnel – sans s'appuyer sur les critères d'un système de classification reconnue –, a par ailleurs été discuté par l'experte. La recourante n'explique au demeurant pas en quoi le point de vue de son médecin traitant serait objectivement mieux fondé que celui de l'experte ou justifierait la mise en œuvre d'un complément d'instruction.

**c)** Du point de vue somatique, le Dr W.\_\_\_\_\_ pose les diagnostics de tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs des deux épaules, d'arthropathie dégénérative gléno-humérale droite consécutive, de status 5 mois après possible entorse bénigne de l'épaule gauche, 10 mois et demi après entorse bénigne de l'épaule droite et 8 mois après débridement-suture du sus-épineux et du sous-scapulaire à l'épaule droite, et de status 3 ans après méniscectomie interne du genou droit. Il retient une très nette discordance entre les éléments objectifs et subjectifs, particulièrement entre l'importante impotence fonctionnelle de l'épaule gauche et la coiffe des rotateurs qui paraît encore fonctionnelle, faisant clairement craindre la participation de facteurs extra-anatomiques dans l'évolution du cas. Selon l'expert W.\_\_\_\_\_, la capacité de travail est nulle dans l'activité habituelle de femme de ménage, incompatible avec une tendinopathie de la coiffe des rotateurs des deux épaules ; elle est cependant totale dans une activité adaptée ne nécessitant pas le port de charges et permettant d'éviter les mouvements en force des membres supérieurs, voire les gestes répétés en hauteur.

En juin 2011, le Dr M.\_\_\_\_\_ pose les diagnostics, s'agissant de l'épaule droite, de grande rupture de la coiffe des rotateurs et d'articulation acromio-claviculaire douloureuse. La reconstruction tendineuse à laquelle il a procédé le 22 septembre 2010 a atténué les douleurs à l'épaule droite et l'épaule gauche s'est révélée être la plus douloureuse, selon les dires de l'assurée. Lors de la consultation du 22

février 2011, le Dr M.\_\_\_\_\_ a constaté que la force à la manœuvre de Jobe était des deux côtés quasi identique et relativement bien préservée. Il s'interrogeait sur les limitations fonctionnelles à retenir, évoquait un recyclage professionnel et prolongeait l'incapacité de travail car la patiente disait ne pas pouvoir travailler. Dans son rapport du 22 juin 2011 à l'OAI, il mentionne que l'assurée ne peut plus travailler avec les bras au-dessus de la tête ni soulever/porter de charges. En janvier 2012, après avoir procédé à une ténotomie sur tendinite du long chef du biceps le 4 septembre 2011, il atteste une incapacité de travail totale dans la profession habituelle de l'assurée jusqu'à la fin février 2012 (six semaines dès le 10 janvier 2012), estimant que « le cas est à régler dans le cadre d'un recyclage professionnel » par la suite. Selon lui, l'assurée ne devrait pas être soumise à des travaux qui nécessitent le travail en hauteur ni la manipulation de charges lourdes ou l'activité contre résistance en hauteur ; une activité se faisant au niveau de la table ou toute activité de surveillance est possible. Il mentionne en outre que la patiente ne va jamais avouer être indolore et que le résultat est bien meilleur que ce qu'elle avoue.

En août 2011, le Dr D.\_\_\_\_\_ pose les diagnostics affectant la capacité de travail de rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite en juillet 2010, de déchirure du tendon du sus-épineux de l'épaule gauche en janvier 2011 et de gonalgies droites résiduelles. Selon lui, la capacité de travail exigible est nulle dans toute activité, les gonalgies limitant la capacité à se déplacer et les douleurs aux épaules empêchant tout mouvement important et le port de charges.

Dans son rapport du 22 février 2012, le Dr V.\_\_\_\_\_ du SMR retient la tendinopathie dégénérative de la coiffe des rotateurs des deux épaules et la gonalgie droite. Il considère que la capacité de travail est complète dans une activité sans port de charges lourdes, ne nécessitant pas de lever les bras au-dessus de 90°, ne s'effectuant pas contre résistance et n'imposant pas la position accroupie. Son appréciation se fonde sur les rapports des Drs W.\_\_\_\_\_, M.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ et tient compte de l'atteinte aux épaules comme de celle au genou. Dans cette

continuité, il estime que la capacité de travail est entière depuis le 30 mai 2011, soit au jour de l'expertise du Dr W.\_\_\_\_\_, et que l'opération du Dr M.\_\_\_\_\_ du 4 septembre 2011 a entraîné, conformément aux dires du chirurgien, une incapacité de travail totale jusqu'à la fin du mois de février 2012, date au-delà de laquelle la capacité de travail était à nouveau entière dans une activité adaptée.

Si les rapports des Drs W.\_\_\_\_\_, M.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_ convergent, seul l'avis du Dr D.\_\_\_\_\_ tend vers l'inexigibilité d'une activité professionnelle. Or l'appréciation du médecin traitant se fonde sur les diagnostics et limitations fonctionnelles reconnus par ses confrères. Ces derniers ont notamment constaté une discordance entre les éléments objectifs et les plaintes de la recourante ; ils ont néanmoins tenu compte des dites plaintes dans leur appréciation des limitations fonctionnelles de même que le SMR dans son rapport de février 2012. Leurs constatations sont par ailleurs suivies par le Dr C.\_\_\_\_\_, lequel reconnaît à l'assurée une capacité de travail entière dans une activité professionnelle légère ; l'expert énonce certes des limitations fonctionnelles supplémentaires eu égard principalement aux gonalgies chroniques (activité autorisant l'alternance des positions assise et debout aux heures, évitant la marche prolongée au-delà d'une heure, la montée et la descente des escaliers de manière répétitive), lesquelles ne s'opposent cependant pas à la majorité des activités énoncées par le Dr W.\_\_\_\_\_ en mai 2011 (couturière, employée sur une chaîne de montage avec maniements d'objets légers, téléphoniste, employée de bureau). La recourante ne fait par ailleurs valoir aucune critique à cet égard et ne conteste au demeurant pas l'abattement tel que fixé par l'OAI à 10% en raison de ses limitations fonctionnelles notamment. On relèvera par ailleurs que la reconnaissance, par l'expert C.\_\_\_\_\_, d'une pleine capacité de travail dès le 10 janvier 2012 n'est pas de nature à mettre en doute son appréciation, ce dernier se référant à l'examen du Dr M.\_\_\_\_\_ à cette date ; le Dr M.\_\_\_\_\_ a cependant prolongé l'incapacité de travail de six semaines, ce qui a été admis par le SMR, corollairement l'OAI.

Il s'ensuit que le seul avis du Dr D.\_\_\_\_\_ apparaît insuffisant pour mettre en doute les conclusions des spécialistes précités. Au demeurant, il y a lieu de rappeler que le médecin traitant, qui a un mandat de soin, est dans une position particulière en raison de la confiance réciproque qui régit la relation patient/médecin. Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute l'incapacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile (ATF 125 V 351 consid. 3a/cc ; 122 V 157 consid. 1c et les références). Cela étant, on soulignera que dans l'écriture du 25 février 2013 adressée céans, la recourante reconnaît disposer d'une capacité de travail - certes restreinte - dans une activité adaptée ; dans l'écriture du 29 octobre 2013, elle indique comprendre qu'elle ne présente pas une incapacité de travail ouvrant le droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

A toutes fins utiles, on relèvera que sur le plan oncologique, le Dr S.\_\_\_\_\_ retient que l'activité exercée est exigible à 100%, ce qu'aucun médecin ne conteste. Le Dr D.\_\_\_\_\_ classe à cet égard le diagnostic de tumerectomie dans les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail.

**d)** La recourante critique l'appréciation du Dr V.\_\_\_\_\_ en raison d'éléments médicaux insuffisants (prise de sang, radiographies et examen clinique). Or le médecin du SMR se réfère expressément aux constatations des Drs W.\_\_\_\_\_, M.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ émises dans leurs rapports et à l'encontre desquels la recourante ne fait valoir aucun grief. Les résultats d'IRM ont en outre été discutés par les Drs M.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_, ce dernier ayant de surcroît procédé à un bilan radiologique standard le jour de l'expertise. On ne saurait dès lors considérer que le Dr V.\_\_\_\_\_ ne disposait pas de données médicales suffisantes pour apprécier la situation.

On relèvera en outre qu'une nouvelle expertise médicale, telle que demandée par la recourante, n'apporterait pas d'élément déterminant susceptible de mettre en doute l'appréciation du Dr V.\_\_\_\_\_, compte tenu particulièrement de la valeur probante à accorder à l'expertise

réalisée par le Dr W.\_\_\_\_\_, de même qu'à celle de la Dresse F.\_\_\_\_\_, sur lesquelles le médecin du SMR a fondé son appréciation. Il convient par conséquent de rejeter la demande d'expertise pluridisciplinaire.

Il en va de même s'agissant de l'audition requise par la recourante de ses médecins traitants, voire des membres de sa famille.

**e)** A l'aune de ce qui précède, il y a lieu d'admettre que la recourante présente, depuis le 30 mai 2011, une capacité de travail entière dans une activité adaptée (pas de port de charges lourdes, pas de travail en hauteur, pas d'activité contre résistance, pas d'activité accroupie), les expertises médicales n'ayant révélé aucun élément objectivable pour justifier une invalidité, tant sur le plan somatique que psychiatrique.

Pour la période du 4 septembre 2011 au 29 février 2012, il est reconnu à la recourante une incapacité de travail totale dans toute activité. La durée de l'incapacité étant cependant inférieure à une année, le droit à une rente d'invalidité ne peut lui être reconnu pour cette période (cf. art. 28 al. 1 LAI).

**6.** Cela étant, il reste à examiner l'évaluation du degré d'invalidité telle qu'exposée par l'intimé dans sa décision du 25 janvier 2013. Ce dernier a considéré que si la recourante avait été en bonne santé, elle aurait consacré 77% de son temps à l'exercice d'une activité professionnelle et le reste à l'accomplissement de ses travaux habituels. Compte tenu d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée et de l'absence d'entrave dans l'accomplissement des travaux habituels - eu égard aux conclusions de l'enquête ménagère -, l'intimé parvenait à un taux d'invalidité global de 13%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité et à un reclassement professionnel.

**a)** Lors de l'examen du droit à la rente, il y a lieu d'examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer. Le choix de l'une des méthodes considérées (méthode générale de comparaison

des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces catégories en fonction de ce qu'il aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue.

Pour savoir si un assuré doit être considéré comme une personne exerçant une activité à plein temps ou à temps partiel, respectivement pour déterminer la part de l'activité lucrative par rapport à celle consacrée aux travaux ménagers, ou s'il se consacrerait uniquement à ses travaux ménagers, il convient d'examiner ce que ferait l'assuré dans les mêmes circonstances s'il n'était pas atteint dans sa santé. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il faut tenir compte de la situation familiale, sociale et professionnelle, ainsi que des tâches d'éducation et de soins à l'égard des enfants, de l'âge, des aptitudes professionnelles, de la formation, des dispositions et des prédispositions. En pratique, on tiendra compte de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, en admettant la reprise hypothétique d'une activité lucrative partielle ou complète, si cette éventualité présente un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 396 consid. 3.3 ; 125 V consid. 2c ; 117 V 194 consid. 3b et les références ; TF I 85/07 du 14 avril 2008 consid. 3.2).

Selon la jurisprudence, la réponse apportée à la question de savoir à quel taux d'activité la personne assurée travaillerait sans atteinte à la santé dépend de l'ensemble des circonstances personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelles (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et les arrêts cités). Cette évaluation doit également prendre en considération la volonté hypothétique de l'assurée qui en tant que fait interne ne peut faire l'objet d'une administration directe de la preuve et doit en règle générale être déduite d'indices extérieurs (TF I 693/06 du 20 décembre 2006 consid. 4.1).

**b)** L'incapacité de travail et l'incapacité d'accomplir ses travaux habituels sont deux notions qui, même si elles se recoupent en partie, doivent être différenciées. Aux termes de l'art. 6 LPGA, l'incapacité de travail se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir, dans sa profession ou dans 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 revanche, l'incapacité d'accomplir les travaux habituels (art. 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] et 8 al. 3 LPGA) s'évalue différemment. Elle se fonde non seulement sur l'inaptitude de l'assuré à effectuer les tâches de nettoyage proprement dites, mais également sur l'empêchement à réaliser tous les autres travaux usuels et nécessaires à la tenue d'un ménage, tels que, notamment, la préparation des repas, les emplettes, l'entretien du linge ou les soins aux enfants (cf. Circulaire de l'OFAS [Office fédéral des assurances sociales] concernant l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI), p. 69, n° 3081 ss). La personne chargée de l'enquête doit indiquer les activités que la personne assurée ne peut plus accomplir, ou alors uniquement de manière très limitée, et depuis quand cette limitation est intervenue. En outre, elle donnera des renseignements sur l'ampleur des limitations liées à l'invalidité et examinera si la personne doit éventuellement consacrer plus de temps que d'ordinaire à l'accomplissement de ces travaux (on tiendra compte du facteur temps dans la mesure où celui-ci n'a pas déjà été pris en considération dans le cadre de la suppression d'un domaine d'activité). Elle doit également fournir des informations concernant l'aide apportée à la personne assurée par des tiers (par exemple par des parents, voisins ou aides extérieures) dans l'accomplissement de ses activités (ATF 130 V 97).

Une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée, conformément aux directives de l'OFAS, constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. La fixation de l'invalidité dans les travaux habituels est déterminée au regard des circonstances concrètes du cas d'espèce. C'est pourquoi il n'existe pas de

principe selon lequel l'évaluation médicale l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements subis dans les activités habituelles (TF I 561/06 du 26 juillet 2007 consid. 5.2.2 ; TFA I 794/04 du 1<sup>er</sup> mai 2006 consid. 6.2, et les références citées).

**c)** En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants (TF 9C\_406/2008 du 22 juillet 2008 consid. 4.2 et I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2.1). Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que si elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93).

**7. a)** La recourante conteste la délimitation de son statut active à 77% et ménagère à 23%, alléguant qu'elle aurait travaillé à plein temps dans la même activité qu'auparavant si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé.

Il ressort du dossier que la recourante travaillait comme femme de ménage pour le compte du même employeur depuis juin 1993. En 2008, son taux d'activité a été réduit - et maintenu - à 77% selon le certificat de travail du 30 avril 2011, voire 70% selon le questionnaire de l'employeur du 12 mai 2011. Lors du dépôt de la demande de prestations de l'assurance-invalidité, la recourante a rempli un formulaire relatif à l'activité qu'elle exercerait sans atteinte à la santé (formulaire 531bis) ;

elle y indiquait qu'elle aurait travaillé à 100% comme femme de ménage par nécessité financière. Lors de l'enquête économique sur le ménage (cf. rapport d'enquête du 13 juillet 2012), elle a confirmé ce taux à l'enquêtrice et ajouté qu'elle aurait poursuivi son activité auprès du même employeur, au même taux, dans la mesure où cela lui convenait et que les revenus étaient suffisants pour entretenir sa famille. Elle a mentionné ne pas se souvenir du taux exact auquel elle travaillait car cela dépendait des semaines puis a confirmé le taux de 77% indiqué sur son certificat de travail.

Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de considérer comme établi, au degré de vraisemblance prépondérante, que si l'atteinte à la santé n'était pas survenue, la recourante aurait poursuivi l'exercice de son activité lucrative auprès de son ancien employeur, au même taux, soit 77%, consacrant le reste de son temps à la tenue de son ménage. Le choix de la méthode mixte est en conséquence fondé et aucun élément ne permet de le remettre valablement en question.

**b)** L'enquêtrice a exposé que la recourante ne présentait pas d'empêchement dans la part qu'elle consacrait à ses travaux habituels. Elle s'est fondée sur la description faite par l'intéressée des tâches qu'elle accomplissait dans son ménage et a tenu compte de l'aide de sa belle-fille - avant et après l'atteinte à la santé - ainsi que de l'aide exigible de la famille.

La recourante ne contestant pas l'évaluation faite par l'enquêtrice, il n'y a pas lieu de s'en écarter. Il convient ainsi d'admettre que la recourante ne présente aucun empêchement pour la part ménagère de 23%.

**c)** S'agissant de la part active, l'invalidité doit être évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus ; le revenu que l'assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide est comparé à celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation sur

un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). 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).

En l'occurrence, l'année de comparaison des revenus est 2011, année de l'ouverture du droit éventuel à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a), soit un an après le début, en juillet 2010, de l'incapacité de travail durable (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI).

Pour établir le salaire sans invalidité, l'OAI s'est à juste titre fondé sur le salaire communiqué par l'ancien employeur, le 12 mai 2011 (cf. questionnaire pour l'employeur). On observe néanmoins qu'après indexation de 2010 à 2011 (+ 1% ; La Vie économique 12-2012, p. 91 tableau B 10.2) du montant annoncé par l'employeur, à savoir 42'891 fr. 55, le revenu sans invalidité pour 2011 se chiffre à 43'320 fr. 45 ( $[42'891 \text{ fr. } 55 \times 101] / 100$ ).

Le revenu d'invalidité a été établi à l'aide des données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiées par l'Office fédéral de la statistique ; la recourante ne critique pas cette référence, laquelle est admise, à certaines conditions, par la jurisprudence lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée (cf. ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Ainsi, le salaire mensuel brut standardisé pour une activité simple et répétitive exercée par une femme en 2010 était de 4'225 fr. (ESS 2010, TA1 ; niveau de qualification 4) ; indexé à 2011, il s'élève à 4'267 fr. 25. En procédant aux adaptations requises pour prendre en considération la durée du travail hebdomadaire dans les entreprises en 2011 (41,7 heures, source : Office fédéral de la statistique, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, que l'on peut consulter à l'adresse internet [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch)), on obtient un revenu annuel de 53'383 fr. 30, soit 41'105 fr.15 pour une activité à 77%. Compte tenu de l'ensemble des

limitations fonctionnelles et de l'âge de la recourante, l'intimé a considéré qu'un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé était justifié. Il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation de l'administration, au demeurant non critiquée par la recourante. Partant, après déduction d'un abattement de 10%, le revenu d'invalidé réalisable en 2011 s'établit en définitive à 36'994 fr. 65.

Après comparaison entre le revenu d'invalidé (36'994 fr. 65) et celui sans invalidité (43'320 fr. 45), il en résulte une perte de gain de 6'325 fr. 80, correspondant à un degré d'invalidité de 14.60%.

**d)** En définitive, sur la base d'un statut de 77% active - 23% ménagère retenu par l'OAI, d'une manière qui ne prête pas flanc à la critique, le degré d'invalidité global que présente la recourante, calculé selon la méthode mixte, s'élève à 14.60% (14.60% pour la part active/0% pour la part ménagère). Ce degré d'invalidité n'ouvre pas le de droit à une rente d'invalidité (cf. art. 28 al. 2 LAI) ni le droit à des mesures de reclassement (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b) ; une aide au placement a toutefois été proposée à la recourante.

**8.** Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté et la décision du 25 janvier 2013 est confirmée.

Les frais de justice seront mis à la charge de la recourante (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD) ; ils correspondent, en l'occurrence, au montant de l'avance de frais effectuée. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD ; art. 61 let. g LPGGA).

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

**I.** Le recours est rejeté.

**II.** La décision du 25 janvier 2013 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

**III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.

**IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- R. \_\_\_\_\_
- 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 :