

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 8 janvier 2021

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
Mmes Röthenbacher et Dessaux, juges  
Greffière : Mme Huser

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**D.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 28 al. 1 LAI ; 87 al. 2 et 3 RAI ; 17 al. 1 LPGA**

**E n f a i t :**

**A. a)** A la suite d'un accident professionnel du 28 août 1996 ayant eu pour conséquence un écrasement de la main droite (membre dominant), D.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1962, a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 19 août 1997. Une demi-rente d'invalidité lui a été octroyée du 1<sup>er</sup> août 1997 au 28 février 1998 par décision du 17 février 2003. Lors de son accident, l'assurée, sans formation, travaillait comme étiqueteuse dans une entreprise vinicole.

**b)** L'assurée a déposé une deuxième demande de prestations le 20 janvier 2014 en raison d'une atteinte à l'épaule (rupture du tendon sus-épineux droit opérée en avril 2013), de gonalgies gauches et de podalgies bilatérales, ainsi que d'un état anxio-dépressif. Elle exerçait alors l'activité de femme de ménage.

Le Dr U.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique qui suivait l'assurée depuis novembre 2010, a retenu, dans un rapport du 14 avril 2014, une capacité de travail de l'assurée de 30% dans l'activité habituelle depuis mars 2014.

Dans un rapport du 27 juin 2014, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant de l'assurée depuis le 8 novembre 2013, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) depuis mars 2012. Il a mentionné que l'assurée pouvait, sur le plan purement psychiatrique, travailler à 100% dans l'activité habituelle depuis septembre 2014, tout en précisant qu'il fallait tenir compte des douleurs à l'épaule droite.

Sur demande du SMR (service médical régional AI), le Dr U.\_\_\_\_\_ a précisé, le 8 septembre 2014, que l'assurée ne pouvait pas travailler en-dessus des épaules, ni porter des charges de plus de 2 kg

avec le bras droit. Il a indiqué par ailleurs que la capacité de travail de l'assurée dans une activité strictement adaptée à ces limitations était de 100% depuis mars 2014.

Par avis du 17 septembre 2014, le Dr M.\_\_\_\_\_ du SMR a retenu une capacité de travail exigible de 30% dans l'activité habituelle de femme de ménage et une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations (pas de port de charges de plus de 2 kg du bras droit et pas d'activité avec les bras au-dessus des épaules), exigible depuis septembre 2014 pour des raisons psychiques.

Un statut d'active à 100% a été reconnu à l'assurée le 26 février 2015.

Par projet de décision du 2 juillet 2015, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui refuser l'octroi d'une rente d'invalidité.

Le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a, dans un courrier du 27 juillet 2015 à l'OAI, mentionné que sa patiente disposait d'une capacité de travail de 50% en raison d'un état dépressif chronique, de gonalgies gauches, de podalgies bilatérales ainsi que des suites d'une opération à l'épaule droite. Il a également évoqué l'apparition d'une périarthrite scapulo-humérale invalidante à l'épaule gauche.

Une radiographie de l'épaule gauche de l'assurée effectuée le 24 juin 2015 par le Dr U.\_\_\_\_\_ a mis en évidence un acromion crochu et une mini-empreinte de Hills-Sachs avec un début d'arthrose acromio-claviculaire.

Le 30 juillet 2015, le Dr P.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'une reprise du travail lui semblait en l'état illusoire, compte tenu de l'affection psychiatrique de sa patiente.

Sur demande de l'OAI, l'assurée a précisé, le 13 août 2015, faire opposition au projet de décision du 2 juillet 2015, en reprenant les éléments invoqués par le Dr G.\_\_\_\_\_.

Le 20 août 2015, l'assurée a bénéficié de la pose d'un pacemaker double chambre en raison d'une atteinte cardiaque.

Dans un rapport du 2 novembre 2015, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie, a mentionné que du point de vue cardiaque, une reprise de l'activité professionnelle devrait être possible pour l'assurée avec une possible baisse discrète du rendement.

Dans un rapport du 21 novembre 2015, le Dr P.\_\_\_\_\_ a retenu une capacité de travail de sa patiente de 60 à 70% dans une activité professionnelle adaptée à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2015, en raison de fatigue, d'angoisses et de tristesse.

Par avis SMR du 17 décembre 2015, le Dr M.\_\_\_\_\_ a constaté ce qui suit :

« Les pièces médicales qui accompagnent la contestation plaident donc pour une CT [capacité de travail] dans l'activité habituelle supérieure à notre estimation et pour une CT de 60 à 70% dans une activité adaptée pour des raisons psychiques depuis juin 2014. Le dossier a en conséquence été présenté en permanence psychiatrique au SMR. Il s'avère que dans les deux rapports du psychiatre le diagnostic n'a pas varié [...] et le status décrit est identique. Il n'y a donc pas de cohérence clinique justifiée pour le changement de l'estimation de la CT par la psychiatre entre juin 2014 et novembre 2015. Par ailleurs si l'assurée est apte à 70% à des mesures de réadaptation selon son psychiatre, on ne comprend pas bien pourquoi elle ne serait pas apte à 100% sans que des limitations aient été objectivées. Sur avis du psychiatre du SMR nous maintenons donc une exigibilité de 100% dans une activité adaptée, le dernier rapport du Dr P.\_\_\_\_\_ (sic) n'étant pas assez convaincant pour motiver un changement par rapport à sa première appréciation (qui était de 100% comme femme de ménage). »

Par décision du 22 décembre 2015 confirmant le projet de décision du 2 juillet 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée.

**c)** Le 23 novembre 2018, l'assurée a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI, en indiquant souffrir aux deux épaules (à droite, depuis 2013 puis rechute dès le 30 mai 2017 et à gauche, depuis fin 2017) avec impotence fonctionnelle ainsi que d'un état anxio-dépressif réactionnel à la perte du travail depuis juin 2017. Elle y indiquait travailler comme employée de maison.

Dans un courrier antérieur, soit du 18 octobre 2018, à l'OAI, le Dr G.\_\_\_\_\_ a mentionné que sa patiente avait subi une réinsertion du tendon sus-épineux droit en 2013 avec une évolution peu favorable et que celle-ci avait chuté (déclaration de sinistre LAA effectuée auprès de la C.\_\_\_\_\_ le 20 juin 2017) sur l'épaule droite le 20 mai 2017, entraînant une nouvelle déchirure partielle du sus-épineux. L'installation d'une périarthrite scapulo-humérale (PSH) gauche par utilisation compensatrice du membre supérieur gauche (MSG) constituait également un élément nouveau. La patiente était peu gênée au repos, mais tous mouvements des deux bras étaient nettement limités et difficilement supportables.

Le dossier de l'assurée constitué auprès de la C.\_\_\_\_\_ a été produit dans le cadre de la procédure AI.

Il résulte en particulier d'une arthro-CT du 25 mai 2018 de l'épaule droite de l'assurée la présence d'une fissuration interstitielle et profonde non transfixiante des fibres antérieures du supra-épineux sans déchirure ou rétraction tendineuse avec absence de chondropathie gléno-humérale significative ou d'anomalie labrale, étant précisé que les deux vis d'ostéosynthèse étaient en place.

Dans un courrier du 1<sup>er</sup> juin 2018 au Dr G.\_\_\_\_\_, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a mentionné l'existence d'une « redéchirure partielle du sus-épineux avec un acromion encore agressif qui pourrait justifier d'une reprise chirurgicale avec acromioplastie ».

Dans un rapport du 3 juillet 2018 à la C.\_\_\_\_\_, le Dr G.\_\_\_\_\_ a précisé qu'il avait été décidé de mettre sa patiente au repos (arrêt de travail à 100%) pour voir si cela calmait ses douleurs et se décider, le cas échéant, pour une opération si rien ne changeait.

Le Dr G.\_\_\_\_\_, dans un rapport du 17 janvier 2019 à l'OAI, a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assurée de périarthrite scapulo-humérale droite sur rupture partielle de la coiffe des rotateurs dès le 30 mai 2017 opérée en 2013 et une périarthrite scapulo-humérale gauche depuis 2018. Il a en outre répondu comme suit aux questions posées :

« [...]

5. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle (sur un 100%) ? Depuis quand ?

100 % depuis le 25.06.18

6. Quelle est la capacité de travail exigible dans une activité adaptée ? depuis quand ?

0 à 25% depuis le 01.10.18. »

Le Dr G.\_\_\_\_\_ a attesté des incapacités de travail du 28 juin au 16 juillet 2017 à 100%, du 17 juillet au 13 novembre 2017 à 50% et du 25 juin 2018 au 30 septembre 2018 à 100%, précisant que l'incapacité de travail se poursuivrait à 100% dès le 1<sup>er</sup> novembre 2018 pour une durée indéterminée dans l'hypothèse où sa patiente travaillait.

Sur demande du SMR, le Dr H.\_\_\_\_\_ a répondu, le 13 mai 2019, aux questions qui lui ont été posées comme suit :

**« 1. Quelles sont les limitations fonctionnelles précises ?**

A l'heure actuelle, la patiente est incapable d'effectuer des tâches de nettoyage dans son activité professionnelle de femme de ménage sur tous les mouvements répétitifs tels que travaux bras en élévation, tous les mouvements répétitifs au-dessus de l'horizontal (nettoyage de vitres), port de charges en particulier en hauteur et loin du corps de même que d'autres efforts en porte-à-faux.

**2. Quelle est votre estimation de la capacité de travail dans une activité sédentaire légère adaptée aux limitations fonctionnelles ?**

Théoriquement, une capacité de travail dans une activité adaptée peut être estimée entre 50 et 80% en fonction du type d'activité. A

noter cependant que la patiente réfléchit encore à une option chirurgicale sachant qu'elle présente toujours une déchirure de la portion postérieure du tendon du sus-épineux qui avait été refixé chirurgicalement en 2013. Si une chirurgie était décidée, il faudra alors 6 à 8 mois d'arrêt de travail dans tous types d'activité vraisemblablement. »

Se fondant sur les réponses du Dr H.\_\_\_\_\_, le Dr M.\_\_\_\_\_  
du SMR a, dans un avis du 11 juillet 2019, admis une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle depuis le 20 mai 2017 et de 80% dans une activité adaptée (sédentaire légère), respectant les limitations fonctionnelles énumérées par le médecin précité.

Dans un rapport du 2 septembre 2019, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatrie traitant de l'assurée depuis le 8 avril 2019, a posé les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de dépression récurrente, épisode moyen (F33.10) et d'anxiété généralisée (F41.1) depuis 2010. Il a indiqué que le pronostic était sombre (peu de capacités d'élaboration), tout en précisant qu'il n'était pas en mesure de répondre aux questions relatives à la situation professionnelle de sa patiente et à sa capacité de travail.

Par décision du 18 février 2020 confirmant un projet de décision du 11 décembre 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, dès lors qu'elle présentait un degré d'invalidité de 20%, n'ouvrant pas le droit à une rente.

**B.** Par acte du 18 mars 2020, l'assurée, désormais représentée par Me Didier Elsig, a recouru contre la décision précitée, en concluant principalement à son annulation et à l'octroi en sa faveur d'une rente d'invalidité complète dès le 1<sup>er</sup> mai 2019 et subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. Elle fait en substance valoir qu'elle n'est pas à même de travailler à 80% dans une activité adaptée à partir de mai 2019 et invoque que, sur le plan somatique, l'intimé s'est appuyé sur le rapport du Dr H.\_\_\_\_\_  
du 13 mai 2019 et n'aurait pas pris en compte les rapports des médecins qui la suivent. Sur le plan psychique, la recourante allègue une aggravation de son état de

santé en se fondant en particulier sur le questionnaire médical rempli le 2 septembre 2019 par le Dr W.\_\_\_\_\_.

Par réponse du 18 juin 2020, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Il estime, sur le plan somatique, que l'avis du SMR qui retient une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée, lequel se fonde sur le rapport du Dr H.\_\_\_\_\_ du 13 mai 2019, peut être suivi, le Dr G.\_\_\_\_\_ ne parlant au demeurant pas clairement en faveur d'une exigibilité limitée à 25% dans une activité adaptée comme le soutient la recourante. L'intimé relève, pour ce qui est de l'aspect psychiatrique, que les éléments au dossier, en particulier le rapport du Dr W.\_\_\_\_\_ du 2 septembre 2019, ne permettent pas de constater une modification significative de la situation médicale de la recourante depuis 2010.

Répliquant le 17 août 2020, la recourante soutient que son état de santé s'est péjoré depuis 2015. Elle produit un bordereau de pièces, comprenant :

- un rapport du Dr G.\_\_\_\_\_ du 30 juin 2020, dans lequel ce médecin mentionne des douleurs présentes également à l'épaule gauche, en raison de la sollicitation nécessaire pour soulager l'épaule droite depuis 2018 et fait état d'un état anxio-dépressif modéré à sévère qui demande un suivi psychothérapeutique, de même que parfois des traitements médicamenteux depuis des années ;
- une attestation de suivi du Dr W.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> juillet 2020, certifiant que l'état de santé de sa patiente est resté inchangé depuis son dernier rapport du mois d'août 2019 ;
- un rapport du Dr U.\_\_\_\_\_ du 4 août 2020, précisant que la situation actuelle de sa patiente ne lui permet aucune reprise d'emploi et auquel est joint une prescription de séances de physiothérapie;

- des certificats d'incapacité de travail pour la période du 20 avril au 15 septembre 2020 émanant du Groupement hospitalier L.\_\_\_\_\_.

Par duplique du 8 septembre 2020, l'intimé a maintenu sa position, en précisant que les pièces produites par la recourante n'apportaient pas d'éléments médicaux nouveaux.

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

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

**b)** En l'occurrence, déposé auprès du tribunal compétent en temps utile compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA ; 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, plus particulièrement à une rente d'invalidité, à la suite de la troisième demande de prestations qu'elle a déposée auprès de l'intimé le 23 novembre 2018. Le litige porte singulièrement sur le point de savoir si son degré d'invalidité a subi une modification significative entre la décision rendue le 22 décembre 2015 par l'OAI et la décision litigieuse du 18 février 2020.

**3. a)** 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 LPGGA).

**b)** Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré 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 l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGGA, 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 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). 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.

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver

une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

**4. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien

motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

**5.** De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C\_719/2016 du 1<sup>er</sup> mai 2017 consid. 2).

Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2).

En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2).

**6.** En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la troisième demande de prestations déposée par la recourante et a repris l'instruction en requérant notamment des avis médicaux auprès des médecins ayant suivi celle-ci. Il convient dès lors d'examiner si, entre la dernière décision entrée en force du 22 décembre 2015 et la décision litigieuse du 18 février 2020, l'état de santé de l'intéressée s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

**a)** Dans le cadre de l'examen de la deuxième demande de prestations déposée par la recourante, ayant abouti à la décision de refus du 22 décembre 2015, l'intimé avait retenu, sur le plan somatique, une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée respectant les

limitations fonctionnelles de l'intéressée, à savoir pas de travail au-dessus des épaules et pas de port de charges supérieur à 2 kg pour tenir compte de l'atteinte à l'épaule droite (rupture du tendon sus-épineux droit opérée en avril 2013), selon le rapport du Dr U. \_\_\_\_\_ du 8 septembre 2014. Sur le plan psychiatrique, l'intimé avait considéré, sur la base de l'appréciation médicale du Dr P. \_\_\_\_\_ du 27 juin 2014, que la capacité de travail de la recourante était de 100% dans une activité adaptée, ce médecin ayant alors posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique. Dans un avis ultérieur du 21 novembre 2015, le Dr P. \_\_\_\_\_ est revenu sur son appréciation en concluant à une capacité de travail de 60 à 70% dans une activité adaptée, sans toutefois poser d'autres diagnostics et sans motiver cette nouvelle appréciation. En l'absence de limitations objectivées sur le plan psychiatrique, l'intimé, en se fondant sur l'avis SMR du 17 décembre 2015 ainsi que sur le rapport du Dr P. \_\_\_\_\_ du 27 juin 2014, a retenu une exigibilité de 100% dans une activité adaptée.

**b)** Lors du dépôt de la troisième demande de prestations, la recourante a invoqué, sur le plan somatique, une nouvelle atteinte au niveau de l'épaule droite provoquée par une chute survenue le 30 mai 2017, de même qu'une périarthrite scapulo-humérale à gauche par utilisation compensatrice du membre supérieur gauche, raison pour laquelle l'intimé est entré en matière sur cette troisième demande.

**aa)** Sur le plan somatique, il n'est pas contesté que la capacité de travail de la recourante dans l'activité habituelle de femme de ménage est nulle. Dans son rapport du 17 janvier 2019, le Dr G. \_\_\_\_\_ a estimé que la capacité de travail dans une activité adaptée était de 0 à 25% et a exclu les mouvements des deux membres supérieurs au-dessus de 90% dans toutes les directions, ainsi que les mouvements de rotation interne-externe. Il a fait état d'une incapacité de travail à 100% du 28 juin au 16 juillet 2017, à 50% du 17 juillet 2017 au 13 novembre 2017, puis à 100% du 25 juin au 30 septembre 2018, indiquant que l'incapacité de travail se poursuivait à 100% dès le 1<sup>er</sup> octobre 2018. La recourante a dès lors repris une activité lucrative en qualité de femme de ménage à 50% dès le 17

juillet 2017, puis à 100% dès le 14 novembre 2017, ce qui est confirmé par le récapitulatif du 25 février 2019 des indemnités journalières versées par la C.\_\_\_\_\_. S'agissant de la pathologie de l'épaule droite (déchirure partielle du sus-épineux), elle était déjà connue lors du dépôt de la deuxième demande (rupture du tendon sus-épineux opérée en 2013). L'activité de femme de ménage n'était alors déjà plus considérée comme une activité adaptée. Pourtant, l'assurée a continué à travailler dans cette profession. Dans un rapport médical LAA du 3 juillet 2018 à la C.\_\_\_\_\_, le Dr G.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il avait été décidé de mettre l'assurée au repos, soit en incapacité de travail à 100%, pour voir si cela calmait les douleurs et de se décider pour une opération si rien ne changeait. Cela étant, l'appréciation de la capacité de travail du Dr G.\_\_\_\_\_ ne saurait être suivie, dès lors qu'il a répondu de manière biaisée aux questions qui lui ont été posées en confondant la capacité de travail avec l'incapacité de travail dans son rapport du 17 janvier 2019. On relèvera encore que l'arthro CT de l'épaule droite de la recourante pratiquée le 25 mai 2018 a mis en évidence une fissure interstitielle et profonde non transfixiante des fibres antérieures du supra-épineux sans déchirure ou rétractation tendineuse et l'absence de chondropathie gléno-humérale significative ou d'anomalie labrale, les deux vis d'ostéosynthèse étant en place. Interrogé sur la capacité de travail dans une activité adaptée, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a précisé, en date du 13 mai 2019, que le taux d'activité de la recourante était de 50 à 80% en fonction du type d'activité. Dans une activité respectant strictement les limitations fonctionnelles, une capacité de travail de 80% était possible, élément qui a été repris par le Dr M.\_\_\_\_\_ (cf. avis SMR du 11 juillet 2019), lequel a préconisé une activité sédentaire légère, respectant les limitations fonctionnelles décrites.

En l'occurrence, aucun motif ne commande de s'écarter de cette appréciation, si bien qu'il y a lieu de conclure, comme le retiennent de manière concordante le SMR et le Dr H.\_\_\_\_\_, que la recourante peut travailler à 80% dans une activité adaptée.

**bb)** Sur le plan psychiatrique, la recourante a fait état, dans sa demande de prestations du 23 novembre 2018, d'un état anxio-dépressif réactionnel à la perte du travail depuis juin 2017. Dans un rapport du 2 septembre 2019, le Dr W.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant de la recourante depuis avril 2019, a posé les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de dépression récurrente, épisode moyen (F33.10) et d'anxiété généralisée (F41.1) depuis 2010. Il a indiqué que le pronostic était sombre (peu de capacités d'élaboration), mais n'a toutefois pas été en mesure de répondre aux questions relatives à la situation professionnelle de sa patiente et à sa capacité de travail. En l'occurrence, les diagnostics d'état anxio-dépressif et de trouble dépressif récurrent ne sont pas nouveaux et avaient déjà fait l'objet d'une investigation (cf. rapports du Dr P.\_\_\_\_\_ des 27 juin 2014 et 21 novembre 2015 puis avis SMR du 17 décembre 2015), au terme de laquelle ces diagnostics n'avaient pas été considérés comme invalidants, la recourante disposant ainsi, sur le plan psychiatrique, d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles dues aux atteintes somatiques. Le diagnostic d'anxiété généralisée posé par le Dr W.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 2 septembre 2019, ne convainc pas, dès lors qu'il n'est aucunement motivé et que ce médecin n'apporte pas d'éléments médicaux nouveaux sur le plan psychiatrique qui permettraient de retenir un tel diagnostic. Les symptômes évoqués par le médecin précité (fatigue, angoisse, tristesse) existaient déjà lors du dépôt de la deuxième demande de prestations et ont été considérés comme non invalidants. Force est ainsi de constater que la situation sur le plan psychiatrique est superposable à celle prévalant lors du dépôt de la deuxième demande de prestations. A cet égard, le rapport du Dr G.\_\_\_\_\_ du 30 juin 2020, produit dans le cadre de la réplique, ne permet pas non plus d'aboutir à une autre conclusion. En effet, ce médecin invoque un état anxio-dépressif nécessitant un suivi psychothérapeutique et la prise de médicaments (psychotropes), éléments qui ne sont pas nouveaux, dans la mesure où la recourante a été suivie pour un état anxio-dépressif par la Dresse [...] depuis 2010 déjà, puis par le Dr P.\_\_\_\_\_ depuis novembre 2013 et enfin par le Dr W.\_\_\_\_\_ depuis avril 2019 et bénéficie d'un traitement psychotrope depuis de nombreuses années (cf. notamment courrier du 3

février 2014 du Dr G.\_\_\_\_\_ et rapport du Dr P.\_\_\_\_\_ du 27 juin 2014). Les autres rapports médicaux produits dans le cadre de la réplique, au demeurant tous postérieurs à la décision attaquée, ne permettent pas non plus d'examiner la situation sous un autre angle, ceux-ci n'apportant pas d'éléments médicaux nouveaux.

Compte tenu de ce qui précède, aucune aggravation de l'état de santé ne peut être retenue sur le plan psychiatrique.

**c)** Ainsi, c'est à juste titre que l'intimé a retenu une capacité de travail de la recourante de 80% dans une activité adaptée, tenant compte des limitations sur le plan somatique. Dès lors que le degré d'invalidité est de 20%, il n'ouvre pas le droit à une rente. En outre, comme l'a relevé l'intimé, aucune mesure n'est susceptible de réduire le préjudice économique.

**7. a)** Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 et 125 I 127 consid. 6c/cc ; TF 8C\_660/2015 du 24 février 2016 consid. 4.1). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b, 122 V 157 consid. 1d, 119 V 335 consid. 3c et 104 V 209 consid. a ; TF 8C\_372/2014 du 12 mai 2015 consid. 4.3).

**b)** En l'espèce, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par la recourante, à savoir d'ordonner une expertise médicale. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits

pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête de la recourante en ce sens doit ainsi être rejetée.

**8. a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD).

**c)** Il n'y a au demeurant pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 18 février 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, 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 :

- Me Didier Elsig (pour D. \_\_\_\_\_),
- 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: