

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 juillet 2025

Composition : M. PIGUET, président
MM. Neu et Wiedler, juges
Greffière : Mme Cuérel

Cause pendante entre :

J. _____, à [...], recourante,

et

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

**Art. 6, 7, 8 al. 1 et 3, 16 et 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1 et 28a
LAI ; 25, 26 al. 4, 27 al. 1, 27^{bis} RAI**

E n f a i t :

A. J._____, (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], sans formation, divorcée et mère de deux enfants nés en [...], travaillait comme femme de ménage à 80 % auprès de la W._____SA (anciennement [...]) depuis le 14 août 2017, lorsqu'elle a été victime d'un accident en nettoyant un bloc opératoire le 15 mai 2018. Cet événement a causé une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et une tendinopathie du long chef du biceps, traitées chirurgicalement.

En raison de ces atteintes, l'assurée 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 22 janvier 2019.

La permanence du P._____ (ci-après : [...]) a établi un compte rendu le 25 mars 2020, duquel il résulte que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle. Elle était entièrement exigible dès le mois de mars 2020, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par le médecin traitant de l'assurée.

Par décision du 17 décembre 2020, confirmant un projet du 23 juin 2020, l'OAI a nié le droit de l'assurée à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité. Il a retenu qu'elle ne pouvait plus travailler en qualité de femme de ménage, mais que l'exercice d'une activité adaptée était exigible dès le mois de mars 2020, moyennant le respect des limitations fonctionnelles suivantes : port de charge de maximum cinq kilogrammes, pas de mouvements répétitifs avec l'épaule et le bras droits, pas d'activité avec le bras droit au-dessus de la tête. Le degré d'invalidité global, calculé d'après la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, était de 7,28 %, pourcentage inférieur au seuil minimal à partir duquel le droit à des prestations pouvait être reconnu.

B. L'assurée a déposé une seconde demande de prestations auprès de l'OAI le 12 octobre 2021, mentionnant des atteintes psychologiques et articulaires ainsi que des douleurs à l'épaule.

Répondant le 4 novembre 2021 aux questions soumises par l'OAI, les Drs Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et M._____, médecin-assistant, ont posé les diagnostics de trouble de l'adaptation réaction mixte anxieuse et dépressive (F41.2) et d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2). Leur patiente ne se sentait pas apte à reprendre et exercer une activité, avec une perte de l'élan vital, une anhédonie, une démotivation persistante, une importante baisse de la thymie, une anxiété associée à des ruminations anxieuses, des troubles du sommeil persistants avec réveils nocturnes, une persistance de la fatigabilité, une baisse de confiance en elle et une perte d'appétit (perte de poids de cinq kilogrammes). Ils ont estimé qu'elle était en incapacité totale de travail dans l'activité habituelle depuis le 28 juillet 2021, date de sa première consultation. La capacité de travail dans une activité adaptée était à réévaluer selon l'évolution clinique et la stabilisation sur le plan psychique. Au titre de limitations fonctionnelles, ils ont cité la symptomatologie listée ci-avant.

En raison de douleurs rétrosternales et au vu de ses antécédents familiaux, la recourante s'est soumise à une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) morphologique cardiaque et de stress le 19 novembre 2021, sur prescription du Dr E._____, spécialiste en médecine interne générale et cardiologie. Selon les constatations de ce médecin du 3 décembre 2021, l'IRM a mis en évidence une ischémie de stress au maximum légère à modérée. Il a prescrit la réalisation d'une coronographie.

Dans un rapport médical du 2 janvier 2022 destiné à l'OAI, la Dre D._____, spécialiste en médecine interne générale, a diagnostiqué des arthralgies persistantes à l'épaule droite et un état dépressif. Au niveau physique, les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de rotation interne et abduction du bras droit. Elle a évalué la capacité de

travail à 0 % depuis 2018 dans toute activité. Une amélioration pouvait être attendue grâce à la physiothérapie et à l'antalgie.

Par rapport du 21 janvier 2022, le Dr E. _____ a constaté que la coronographie réalisée le 27 décembre 2021 était normale pour les vaisseaux majeurs, raison pour laquelle sa patiente présentait très probablement une maladie des petits vaisseaux.

Par rapport du 15 février 2022 établi à la suite d'une consultation _____ du 19 janvier 2022, le Dr G. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a diagnostiqué des omalgies droites d'origine mixte et un syndrome cervico-brachial partiellement C6 irritatif à droite. L'assurée souffrait aussi d'une insertionite de l'angulaire de l'omoplate, pour laquelle elle avait bénéficié d'une infiltration le 4 novembre 2021. L'évolution avait été lentement favorable, puis une recrudescence des omalgies a été signalée, surtout en face antérosupérieure irradiant la région du bras et de l'avant-bras. L'ultrasonographie du jour avait mis en évidence une collection liquidienne au sein de l'acromio-claviculaire droite avec un rehaussement visible au Doppler, ainsi que des signes de tendinopathie du sus-épineux. Le Dr G. _____ a immédiatement pratiqué une nouvelle infiltration, au niveau de l'articulation acromio-claviculaire.

Dans un rapport du 3 mars 2022 établi à la suite de l'IRM du cerveau et des orbites réalisé le même jour, la Dre Y. _____, médecin spécialiste en radiologie, n'a relevé aucune anomalie hormis un hypersignal punctiforme en flair et T2 de la substance blanche juxtaventriculaire gauche non spécifique. Elle a conclu à un examen dans la norme.

Par rapport du 9 mars 2022, le Dr G. _____, a estimé la capacité de travail de sa patiente à 50 % (4,25 heures par jour) dans l'activité habituelle et à 100 % dans une activité adaptée, moyennant le respect des limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charge de plus de dix kilogrammes, pas d'activité uniquement en position debout,

pas de travail avec les bras au-dessus de la tête, pas de montée d'échelles ou d'échafaudages. Le pronostic paraissait bon.

Répondant aux questions de l'OAI par courrier du 31 mars 2022, les Drs Q._____ et M._____ ont indiqué que, depuis leur dernier rapport, l'évolution était stationnaire, sans amélioration significative. La thymie était encore basse et la tristesse toujours présente. Le sommeil s'était un peu amélioré, les réveils nocturnes étant moins fréquents. Leur patiente évoquait encore une perte de son élan vital avec anhédonie, une démotivation, une tendance au retrait social et de l'anxiété. Aux diagnostics déjà retenus dans leur précédent rapport, ils ont ajouté celui de réaction dépressive prolongée (F43.21). L'incapacité de travail était toujours évaluée à 100 % dans toute activité et le pronostic demeurait réservé.

Par rapport du 24 avril 2022, le Dr W._____, spécialiste en ophtalmologie, a indiqué que l'assurée présentait des céphalées iatrogènes. Il n'a mentionné aucun diagnostic incapacitant.

Dans un rapport du 6 mai 2022, le Dr S._____, spécialiste en médecine interne générale et en gastroentérologie, a indiqué que sa patiente souffrait de diarrhées chroniques, récurrentes, urgentes, non inflammatoires, associées à des douleurs abdominales, dans un contexte de status après colectomie subtotala en 2001 pour un dolichocôlon sévère. La patiente avait également subi plusieurs opérations pour un iléus sur bride. Un antécédent d'endobrachyoesophage sur une maladie de reflux gastro-oesophagien, sans dysplasie, était également mentionné. Le reflux était bien contrôlé sous médication. Les différentes pathologies digestives n'entraînaient aucune incapacité de travail.

Le 15 juin 2022 l'assurée a fait un malaise en se levant, a perdu connaissance et a chuté. L'IRM lombaire du 23 juin 2022 a mis en évidence deux fractures sur les vertèbres T12 et L1, traitées conservativement par le port d'un corset trois points.

Dans un rapport du 18 juillet 2022, le Dr F._____, spécialiste en neurologie, a diagnostiqué des céphalées chroniques sur abus d'anti-inflammatoires, d'évolution favorable après un sevrage drastique. Aucune incapacité de travail n'était mentionnée en lien avec cette symptomatologie.

Dans un rapport du 12 octobre 2022, le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que l'évolution des suites de la chute du mois de juin 2022 était favorable avec une nette diminution des douleurs et une amélioration significative de la marche. Il a prescrit des séances de physiothérapie à des fins antalgique et de renforcement musculaire et a indiqué que le corset pouvait être enlevé.

Par rapport du 16 novembre 2022, le Dr K._____, spécialiste en radiologie, a indiqué que l'IRM lombo-sacrée réalisée le jour précédent avait mis en évidence une discopathie L3-L4 avec hernie paramédiane et postéro-latérale droite et une discopathie protrusive en L5-S1 prédominante à gauche, au contact de l'émergence de la racine S1, avec un status inflammatoire modic I en L5-S1.

L'assurée est retournée voir le Dr H._____ le 25 novembre 2022 en raison d'une recrudescence de la symptomatologie douloureuse, de type lombo-radiculopathie du membre inférieur gauche. Dans son rapport de consultation du 1^{er} décembre 2022, ce spécialiste a affirmé que l'examen clinique radiologique était tout à fait satisfaisant, sans déficit sensitivomoteur. L'IRM présentée par sa patiente montrait une discopathie L5-S1 avec une protrusion discale médiane modérées et une petite protrusion en L4-L5 avec une déchirure de l'annulus postérieur et des épanchements au niveau de ces articulaires postérieures. Il y avait également une petite hernie discale en L3-L4 postéro-latérale du côté droit et des épanchements à ce niveau. Une option chirurgicale n'était à son sens absolument pas justifiée. Il a proposé une infiltration pour faire passer la crise.

Par avis médical du 1^{er} décembre 2022, le P._____, a relevé qu'il n'y avait pas d'atteinte à la santé durablement incapacitante sur les plans gastro-entérologique et ophtalmologique. D'un point de vue neurologique, les céphalées iatrogènes s'étaient amandées après un changement de thérapeutiques. Au niveau cardiologique, l'assurée présentait une cardiopathie ischémique avec des résultats rassurants dans la norme. Sur le plan rhumatologique, les conclusions du médecin traitant rejoignaient les constatations faites lors de la première demande de prestations avec une capacité de travail entièrement conservée dans une activité adaptée. L'intéressée présentait aussi une atteinte psychiatrique depuis le 28 juillet 2021. Une expertise bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique a été recommandée.

À la lecture de l'IRM du genou droit de l'assurée du 8 mai 2023, le Dr K._____ a diagnostiqué un foyer d'œdème du bord médial de la rotule qui témoignaient d'une contusion osseuse avec œdème des parties molles antérieures associé à une bursite pré-patellaire. Il n'y avait pas d'autre anomalie notable. L'IRM du genou gauche du 10 mai 2023 n'a révélé aucune anomalie.

Par rapport du 4 juillet 2023, le Dr Z._____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2). Il a estimé que sa patiente était en incapacité totale de travail depuis le 1^{er} février 2023, quelle que soit l'activité. Les limitations fonctionnelles étaient multiples, tant sur le plan somatique que psychiatrique. Elle présentait des troubles de la concentration et du sommeil (à l'endormissement et réveils fréquents), une asthénie, une anhédonie, une tristesse avec mise en exergue d'un sentiment d'impasse et d'absence de perspective d'avenir. Elle avait des idéations suicidaires par moments prégnantes. L'évolution était torpide sur le plan psychiatrique et le pronostic réservé. La perte d'autonomie lentement progressive depuis 2018, avec une diminution du périmètre de vie et d'activités possibles, conjuguées à une précarisation

socio-économique et relationnelle, étaient des facteurs de chronicisation du tableau dépressif sévère.

Sur demande de l'OAI, l'assurée s'est soumise à un examen clinique rhumatologique et psychiatrique auprès des Drs R._____, spécialiste en médecine physique et de réadaptation et en rhumatologie, et X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, tous deux médecins au P._____. Dans leur rapport du 24 juillet 2023, ils ont retenu le diagnostic principal de lombopygalgies gauches, non déficitaires, dans un contexte de protrusion discale L5-S1, rentrant en contact avec l'émergence de la racine S1, avec un remaniement de type modic 1, ainsi que la présence de troubles dégénératifs articulaires postérieurs étagés. Les diagnostics associés étaient des douleurs chroniques de l'épaule droite avec un status post-réparation de la coiffe des rotateurs, la présence d'une arthrose acromio-claviculaire et des troubles anxieux et dépressifs mixtes succédant à un trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive (F41.2). Sur le plan somatique, l'incapacité de travail dans l'activité habituelle était de 50 % dès le 19 janvier 2022. Puis l'assurée avait présenté une incapacité totale dans quelque activité que ce soit dès le 14 juin 2022. La capacité de travail a ensuite été évaluée à 75 % dans une activité adaptée dès le 25 novembre 2022, moyennant le respect des limitations fonctionnelles suivantes : pas de mouvements répétés de flexion-extension du tronc, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, pas de position assise ou debout prolongée au-delà de quarante-cinq minutes, pas de position debout au-delà de vingt minutes, pas de marche sans s'arrêter au-delà du kilomètre, pas de travail prolongé de l'épaule droite au-dessus de 90°, pas de mouvements d'abduction-adduction du membre supérieur droit, pas de port de charges de plus de cinq kilogrammes. Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail demeurait entière, sans limitations fonctionnelles.

Par décision du 7 octobre 2024, confirmant un projet décision du 10 juin 2024, l'OAI a nié le droit de l'assurée à une rente, au motif que son taux d'invalidité était inférieur au seuil minimal requis. Il a également estimé que des mesures professionnelles ou une aide au placement

n'étaient pas indiquées, puisque l'intéressée ne se voyait pas reprendre une activité.

C. Par acte du 7 novembre 2024, J._____ a recouru contre la décision du 7 octobre 2024 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité. Elle a fait valoir que son état de santé général s'était aggravé.

Par réponse du 6 février 2025, l'office intimé a conclu au rejet du recours.

Les 29 janvier, 7 avril et 14 mai 2025, la recourante a respectivement produit un certificat d'incapacité de travail établi par la Dre L._____, médecin praticienne, le 9 janvier 2025, un rapport du Dr S._____ du 18 février 2025 et un rapport du Dr B._____, médecin spécialiste en radiologie, du 27 mars 2024.

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 en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

b) En l'espèce, la décision du 7 octobre 2024 fait suite à une demande du 12 octobre 2021, de sorte que le nouveau droit en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022 est applicable.

3. Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité à la suite de la nouvelle demande déposée le 12 octobre 2021.

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

atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) 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).

c) Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes - la méthode ordinaire de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte - dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel.

aa) L'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGA. À cette fin, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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. Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (méthode ordinaire de comparaison des revenus ; art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

bb) Le taux d'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative, qui accomplit ses travaux habituels et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il entreprenne une activité lucrative est évalué, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (méthode « spécifique » d'évaluation de l'invalidité ; art. 28a al. 2 LAI et art. 8 al. 3 LPGA). Par travaux habituels des assurés travaillant dans le ménage, il faut entendre l'activité usuelle dans le

ménage, ainsi que les soins et l'assistance apportés aux proches (art. 27 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] ;

cf. Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 52 ad art. 16 LPGA).

cc) Le taux d'invalidité des personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel est déterminé par l'addition du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative et du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (méthode mixte d'évaluation de l'invalidité). Pour ce faire, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, la personne assurée aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps elle aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est ensuite déterminé selon l'art. 16 LPGA, en extrapolant le revenu sans invalidité pour une activité lucrative correspondant à un taux d'occupation de 100 %, en calculant le revenu avec invalidité sur la base d'une activité lucrative correspondant à un taux d'occupation de 100 % et en l'adaptant selon la capacité fonctionnelle déterminante, puis en pondérant la perte de gain exprimée en pourcentage en fonction du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide. Quant au taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, il est calculé en déterminant le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation dans laquelle l'assuré serait sans invalidité, puis en pondérant le pourcentage ainsi déterminé en fonction de la différence entre le taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide et une activité lucrative exercée à plein temps (art. 28a al. 3 LAI et 27bis RAI).

d) Le statut d'un assuré est déterminé en fonction de la situation professionnelle dans laquelle il se trouverait s'il n'était pas atteint dans sa santé. L'assuré est réputé exercer une activité lucrative au sens de l'art. 28a al. 1 LAI dès lors qu'en bonne santé, il exercerait une activité lucrative à un taux d'occupation de 100 % ou plus. Il est réputé ne

pas exercer d'activité lucrative au sens de l'art. 28a al. 2 LAI dès lors qu'en bonne santé, il n'exercerait pas d'activité lucrative. Il est enfin réputé exercer une activité lucrative à temps partiel au sens de l'art. 28a al. 3 LAI dès lors qu'en bonne santé, il exercerait une activité lucrative à un taux d'occupation de moins de 100 % (art. 24septies RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

5. Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 1^{er} janvier 2022), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a), ou atteint 100 % (let. b).

6. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré

seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

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

c) 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_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

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

7. En l'espèce, il convient de se pencher en premier lieu sur la question du statut de la recourante.

Dans le formulaire complété le 12 janvier 2022, l'intéressée a indiqué que, sans atteinte à sa santé, elle exercerait une activité lucrative au taux de 100 %, par nécessité financière. Cependant, avant l'atteinte subie à son membre supérieur droit en 2018, elle travaillait au taux de 80 % auprès de W. _____ SA. Dans le cadre de l'examen clinique réalisé par le P. _____, elle a en outre expliqué qu'elle avait décidé de ne plus travailler au-delà de ce taux, en raison de ses problèmes intestinaux et de la fatigue qu'ils causaient (cf. rapport d'examen clinique pp. 7 et 9). Il est ainsi vraisemblable que sans les atteintes subies à l'épaule droite et aux lombaires, elle serait restée active à 80 %. Ce point n'étant au demeurant pas contesté, le statut de personne active à 80 % et de ménagère à 20 % retenu par l'intimé ne prête pas le flanc à la critique et peut être confirmé.

8. Afin d'évaluer les empêchements de la recourante dans l'exercice d'une activité lucrative, il y a lieu d'examiner si, depuis la

décision de l'intimé du 17 décembre 2020, son état de santé s'est modifié de façon à influencer sa capacité de travail.

a) À la suite d'un accident sur son lieu de travail le 15 mai 2018, l'intéressée a souffert d'une tendinopathie du tendon du long chef du biceps et d'une rupture partielle de la coiffe des rotateurs à l'épaule droite, avec lésion du tendon sus-épineux, traitées chirurgicalement. Ces atteintes ont engendré une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle de femme de ménage. En revanche, dès le mois de mars 2020, elle a retrouvé une entière capacité de travail dans une activité adaptée, moyennant le respect des limitations fonctionnelles suivantes : pas de mouvements répétitifs ni d'activité avec le bras au-dessus de la tête et pas de port de charges supérieures à cinq kilogrammes.

b) Dans le cadre de la procédure relative à la nouvelle demande de prestations du 12 octobre 2021, la recourante a fait l'objet d'un rapport d'examen clinique du P. _____ sur les plans rhumatologique et psychiatrique.

aa) Sur le plan somatique, le P. _____ a retenu le diagnostic incapacitant principal de lombopygalgies gauches non déficitaires, dans un contexte de protrusion discale L5-S1, rentrant en contact avec l'émergence de la racine S1, avec un remaniement de type modic 1 et la présence de troubles dégénératifs articulaires postérieurs étagés. Au titre de diagnostics incapacitants associés, il a retenu des douleurs chroniques à l'épaule droite, avec un status post-réparation de la coiffe des rotateurs et la présence d'une arthrose acromio-claviculaire. Le P. _____ a estimé que l'atteinte au membre supérieur droit avait entraîné une incapacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle dès le 19 janvier 2022. L'incapacité de travail était totale dès le 14 juin 2022 en raison de l'atteinte lombaire subie à la suite d'une chute, ayant rendu impossible l'exercice du métier de femme de ménage. En revanche, une activité

adaptée pouvait être exigée de la recourante au taux de 75 % dès le 25 novembre 2022.

bb) Sur le plan psychiatrique, le P._____ a retenu le diagnostic de troubles anxieux et dépressifs mixtes succédant à un trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive (F41.2). Cette pathologie n'avait pas d'incidence sur la capacité de travail.

c) Il sied en premier lieu de constater que, sur le plan formel, le rapport d'examen du 24 juillet 2023 satisfait aux réquisits auxquels la jurisprudence soumet la valeur probante de tels documents. Les Drs R._____ et X._____ ont eu accès à l'ensemble des pièces versées au dossier de la cause qu'ils ont dûment analysées et résumées. Chacun d'eux a examiné individuellement l'intéressée. Leur rapport fait en outre état des plaintes de celle-ci et des anamnèses familiale, scolaire et professionnelle, psychosociale, somatique et psychiatrique. Chaque médecin a exposé le résultat de son examen clinique, puis ils ont procédé à une appréciation consensuelle du cas. Ils ont par ailleurs répondu aux questions qui leur avaient été soumises, décrivant les diagnostics, les limitations fonctionnelles et l'incapacité de travail retenus.

d) Cela étant, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de cet examen clinique, lequel doit se voir reconnaître une pleine valeur probante.

aa) Sur le plan somatique, les diagnostics posés par le P._____ se recourent avec ceux retenus par le rhumatologue de la recourante concernant le membre supérieur droit (cf. rapport du Dr G._____ du 15 février 2022) et par son chirurgien orthopédiste en lien avec l'atteinte lombaire subie en juin 2022 (cf. rapport du Dr H._____ du 1^{er} décembre 2022), de sorte qu'ils ne prêtent pas le flanc à la critique.

S'agissant de leur incidence sur la capacité de travail de l'intéressée, l'appréciation du P._____ peut également être confirmée. Il résulte en effet des pièces médicales au dossier qu'une recrudescence des

omalgies a nécessité une infiltration acromio-claviculaire réalisées le 19 janvier 2022 par le Dr G._____, lequel a estimé la capacité de travail dans l'activité habituelle à 50 %. Puis, au mois de juin 2022, une chute a engendré des fractures en D12 et L1. Le traitement de ces lésions a été conservateur, sous la forme du port d'un corset. En octobre 2022, le Dr H._____ constatait une évolution favorable, avec une nette amélioration de la symptomatologie douloureuse et de la marche. Le corset a pu être enlevé et la seule antalgie encore prise était du Dafalgan. Par la suite, d'une _____ consultation _____ du 25 novembre 2022, le Dr H._____ a constaté que les douleurs étaient à nouveau plus intenses. L'IRM du 16 novembre 2022, a mis en évidence une discopathie en L5-S1 modérée, une petite protrusion en L4-L5 et une petite hernie discale en L3-L4. De son côté, à l'examen clinique, le P._____ a pu objectiver la symptomatologie douloureuse rapportée par l'intéressée. Il a ainsi pu constater que la mobilité lombaire était restreinte en flexion et en extension et que des douleurs multi-étagées étaient ressenties sur tout le rachis dorso-lombaire de D7 jusqu'en L5 (cf. rapport d'examen clinique du P._____ pp. 19 et 24).

Il n'est ni contesté ni contestable que les atteintes au membre supérieur droit, auxquelles se sont ajoutées les atteintes au rachis lombaire, sont incompatibles avec le métier de femme de ménage, au vu des douleurs constatées tant par les médecins traitants de la recourante qu'à l'examen clinique du P._____. S'agissant de l'exercice d'une activité adaptée, les limitations fonctionnelles ont été fixées comme il suit : pas de mouvements répétés de flexion-extension du tronc, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, pas de position assise ou debout prolongée au-delà de quarante-cinq minutes, pas de position debout au-delà de vingt minutes et pas de marche sans s'arrêter au delà du kilomètre, pas de travail prolongé de l'épaule droite au-dessus de 90° et pas de mouvements d'abduction-adduction du membre supérieur droit. Dans la mesure où elles consistent essentiellement en des mesures usuelles d'épargne du rachis et du membre supérieur droit, il y a lieu d'admettre, à l'instar du P._____ et du Dr G._____, que l'exercice d'une activité adaptée peut être exigée. Il ne fait en effet aucun doute que

de telles restrictions permettent l'accomplissement d'une activité lucrative légère, par exemple le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, le métier d'ouvrière à l'établi dans un domaine simple et léger ou d'ouvrière dans le conditionnement, ou encore en qualité d'aide-administrative (réception, scannage et autres).

Concernant le taux d'activité exigible, le Dr G._____ a estimé que sa patiente avait conservé une entière capacité de travail dans une activité adaptée. Cependant, compte tenu des douleurs lombaires objectivées à l'examen clinique du P._____ et des importantes limitations fonctionnelles en découlant, il paraît vraisemblable que la capacité de travail dans une activité adaptée ne soit pas entière. Le taux de 75 % fixé par le P._____ permet de tenir compte des fortes douleurs ressenties et des multiples limitations fonctionnelles affectant l'intéressée. Il paraît dès lors mieux adapté à la situation de la recourante.

Le P._____ a en outre estimé, à juste titre, que cette capacité résiduelle de travail était exigible dès le 25 novembre 2022. À cette date, le Dr H._____ a constaté que l'examen clinique radiologique était tout à fait satisfaisant. Aucune prise en charge chirurgicale n'était indiquée. Il a uniquement proposé une infiltration afin de faire passer la symptomatologie douloureuse (cf. rapport de ce médecin du 1^{er} décembre 2022). Il y a dès lors lieu d'admettre que le 25 novembre 2022 correspond à la date de la stabilisation de l'atteinte lombaire. On relèvera à cet égard que si la recourante a évoqué une chirurgie en juillet 2023, elle n'en a pas apporté la preuve, ni auprès de l'office intimé, ni dans le cadre de la procédure de recours. Partant, il y a lieu d'admettre que, dès le 25 novembre 2022, son état de santé physique lui permettait d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles au taux de 75 %.

bb) Sur le plan psychique, le P._____ s'est écarté des avis des médecins traitants de la recourante en posant le diagnostic de troubles anxieux et dépressifs mixtes succédant à un trouble de l'adaptation réaction mixte anxieuse et dépressive (F41.2).

Il a expliqué que, s'agissant de la période à laquelle la prise en charge psychiatrique avait débuté, c'est-à-dire en juillet 2021, il rejoignait le

Dr Q._____ et estimait que la recourante souffrait effectivement d'un trouble de l'adaptation avec réaction mixte et anxieuse. Ce diagnostic concordait avec les crises d'angoisses et les dyspnées, la baisse de la thymie, l'humeur fluctuante, la perte de l'élan vital, l'anhédonie et le manque de motivation alors verbalisés par l'intéressée (cf. rapport d'examen du P._____ p. 22). Un tel trouble ne perdurait cependant pas au-delà de six mois, raison pour laquelle ce diagnostic ne pouvait plus être retenu après l'écoulement de ce délai. Aux dires des médecins du P._____, la symptomatologie était par ailleurs insuffisante pour retenir le diagnostic de réaction dépressive prolongée, et encore moins d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques. Les conditions pour retenir un épisode dépressif, même léger, n'étaient pas réalisées. Cela aurait nécessité que la recourante présente deux des trois critères majeurs relevant d'une telle pathologie, c'est-à-dire une tristesse prolongée voire permanente, une fatigue permanente et une diminution de l'activité ou du plaisir. Or, à l'examen clinique, aucun de ces symptômes n'avaient été constatés. Les déclarations de l'intéressée lors de l'anamnèse ne permettaient pas non plus de conclure qu'elle présentait deux de ces symptômes. Elle avait décrit une humeur fluctuante, mais non une tristesse prolongée et avait conservé du plaisir dans des activités, restées les mêmes depuis l'apparition de son trouble. Concernant la fatigue, elle avait également évoqué une symptomatologie fluctuante, absente certains jours lorsque le sommeil avait été de bonne qualité. Les rapports du Dr Q._____ n'avaient objectivé aucun élément sur l'état de l'énergie et ne faisaient pas non plus état d'une diminution de l'activité ou du plaisir, seule une humeur fluctuante étant à nouveau mise en évidence, à l'exclusion d'une tristesse prolongée.

Le rapport du Dr Z._____ de juillet 2023 n'apportait pas un éclairage différent. Ce médecin avait repris les déclarations de sa patiente sans préciser si la tristesse et l'humeur étaient fluctuantes ou permanentes et ne s'était pas prononcé sur les activités procurant du

plaisir et leur maintien. S'agissant des critères mineurs révélateurs d'une dépression, la recourante conservait essentiellement une vision pessimiste de l'avenir concernant son état de santé et les éventuels problèmes financiers qui pourraient advenir. Elle n'avait toutefois pas décrit d'idées de dévalorisation, ni de culpabilité, éléments qui n'avaient pas non plus été constatés cliniquement durant l'examen. Elle avait mentionné des troubles de l'appétit, mais en l'absence de perte de poids récente et au vu des restrictions diététiques qu'elle s'imposait dans le but de maigrir, il ne se justifiait pas de retenir un quelconque trouble. Les troubles du sommeil, liés aux douleurs, ne relevaient pas de la sphère psychiatrique. Il en allait de même de la libido, qui était très diminuée depuis dix ans et n'apparaissait pas liée à un trouble psychiatrique. Le P. _____ a pour le surplus affirmé que l'examen n'avait laissé apparaître aucun ralentissement moteur, trouble de l'attention, trouble de la concentration ou trouble de la mémoire, même au cours des vingt dernières minutes pendant lesquelles la recourante avait bâillé (cf. rapport d'examen clinique pp. 22-23). Partant, l'appréciation diagnostique du P. _____, dûment motivée, claire et complète, est convaincante.

Il en va de même de son appréciation du caractère incapacitant de l'atteinte psychiatrique. Il résulte du rapport d'examen clinique que la journée type de la recourante comprend beaucoup de repos (au lit, au salon assise ou allongée) et peu d'activités : télévision, Internet, communication avec des membres de la famille restés en [...] via Facebook ou Messenger, quelques petites activités ménagères et une ou deux promenades. Le P. _____ a cependant relevé que la recourante ne présentait pas de fatigue, hormis lorsque son sommeil était perturbé par la symptomatologie douloureuse. Il a également souligné que les centres d'intérêts de l'intéressée avaient toujours été limités et n'avaient pas évolué, celle-ci n'ayant jamais eu de véritables loisirs hormis la cuisine et le temps passé en famille. Elle ne peut plus cuisiner comme elle le souhaiterait, à cause des douleurs causées par ses atteintes physiques et non en raison de sa santé psychique (cf. rapport d'examen clinique pp. 13-14 ; cf. également rapport du Dr Q. _____ du 31 mars 2022). Sa pathologie psychique ne l'a en outre pas empêchée de maintenir des liens

étroits avec les membres de sa famille qu'elle voit régulièrement (cf. rapport d'examen clinique pp. 21-22). Il s'ensuit que le quotidien peu rythmé de la recourante n'est pas en lien avec sa santé psychique, mais résulte de son mode de vie, demeuré le même.

S'agissant des activités habituelles, les tâches ménagères avaient été concédées à la fille de l'intéressée dès 2018, pour des raisons somatiques, et n'avaient pas évolué en raison de la symptomatologie psychique. L'autonomie dans la vie quotidienne était globalement conservée, en dehors des tâches ménagères les plus lourdes (aspirateur, panosse, grandes lessives, préparation du souper) réalisées en commun avec sa fille (rapport d'examen clinique p. 21).

La recourante a parfois des moments de tension motrice avec plus rarement des céphalées et dyspnées, mais a pris l'habitude de sortir se promener ou prendre un café à l'extérieur pour faire passer ces épisodes, lesquels sont très épisodiques et en général de courte durée (inférieure à une heure). Elle ne présente aucune phobie sociale, peut sans problème faire ses courses et prendre les transports publics, même en situation de foule. La tristesse fluctuante décrite depuis janvier 2021, augmentée avec les douleurs et le matin lorsqu'elle est seule, disparaissent lorsqu'elle est en famille. Un sentiment de détresse fluctuant est présent essentiellement la nuit, lorsque les douleurs l'empêchent de dormir (cf. rapport d'examen clinique p. 11).

Concernant les ressources, le P. _____ a souligné un réseau social étendu. La recourante voit sa sœur aînée plusieurs fois par semaine et le reste de sa fratrie, excepté son frère qui vit à [...], au moins une fois par semaine. Elle voit également son fils hebdomadairement, souvent plus. Elle garde parfois avec plaisir ses petits-enfants pour la journée. Elle a une amie en Suisse, d'origine [...]; elles se rencontrent au minimum une fois par semaine (cf. rapport d'examen clinique pp. 9 et 21-22). Le P. _____ s'est référé au rapport du Dr Z. _____ du 4 juillet 2023, lequel

avait souligné les efforts de sa patiente pour se mobiliser et sa remarquable capacité à endurer son quotidien et ménager ses enfants.

Aucune incohérence n'a pour le surplus été relevée dans les déclarations de l'intéressée.

L'ensemble des éléments qui précèdent ont conduit le P._____ à retenir que la pathologie psychique de la recourante n'était pas incapacitante, comme cela est d'ailleurs généralement le cas pour des troubles anxieux et dépressifs mixtes (cf. rapport d'examen p. 23). Son appréciation, dûment motivée, claire et convaincante, ne prête pas le flanc à la critique et peut être suivie.

L'évaluation du P._____ n'est en outre pas sérieusement remise en cause par d'autres éléments médicaux du dossier. Le tableau dépeint par le Dr Z._____ dans son rapport du 4 juillet 2023, lequel a mentionné des troubles de la concentration et du sommeil, une asthénie, une anhédonie, une tristesse, un sentiment d'impasse et d'absence de perspectives de l'avenir et des idéations suicidaires par moments prégnantes, est certes plus sombre que celui résultant de l'évaluation du P._____. Ce médecin s'est cependant limité à lister une symptomatologie, dont il ne décrit ni l'intensité, ni la temporalité. Le caractère incapacitant n'est pas non plus analysé, l'incapacité de travail totale retenue par ce spécialiste ne reposant sur aucun élément médical objectif. Il en va de même de l'appréciation du Dr Q._____ du 31 mars 2022, qui évoque une perte de l'élan vital avec une anhédonie, une démotivation, une tendance au retrait social, une anxiété éprouvée sur le plan physique et une incapacité à assumer les activités de la vie quotidienne. Ce médecin s'est limité à rapporter les déclarations de sa patiente, sans établir un véritable status psychiatrique détaillé, comme le lui avait demandé l'intimé dans les questions formulées à son attention.

e) Pour le surplus, il n'apparaît pas que la recourante présenterait d'autres pathologies incapacitantes.

aa) Sur le plan cardiologique, elle présente une ischémie de stress légère à modérée et une maladie des petits vaisseaux (cf. rapports du Dr E._____ des 3 décembre 2021 et 21 janvier 2022). Aucune incapacité de travail ou limitation fonctionnelle en lien avec ces pathologies n'ont été indiquées par ce spécialiste. Le Dr T._____, du P._____, sur la base des rapports du Dr E._____, n'a pas non plus retenu quelque empêchement que ce soit (cf. avis médical du 1^{er} décembre 2022).

De même, les céphalées iatrogènes se sont amandées après un changement de médication et n'ont entraîné aucune incapacité de travail. Les spécialistes consultés en raison de ces migraines n'ont pour le surplus diagnostiqué aucune pathologie ophtalmique ou neurologique (cf. rapports du Dr W._____ du 24 avril 2022 et du Dr F._____ du 18 juillet 2022 ; cf. également avis du Dr T._____ du P._____ du 1^{er} décembre 2022).

Il semblerait que la recourante ait souffert d'une bursite pré-patellaire affectant son genou droit (cf. IRM du 8 mai 2023). À nouveau, aucun de ses médecins traitants n'a cependant attesté d'une quelconque incapacité de travail en lien avec cette atteinte.

En lien avec les diarrhées chroniques avec douleurs abdominales dans un contexte de status après colectomie subtotale subie en 2001, le Dr S._____ n'a signalé aucun empêchement. Cependant, compte tenu du caractère urgent et récurrent des diarrhées dont souffre la recourante, il y a lieu d'admettre, avec ce médecin, que l'activité adaptée qui peut encore être attendue d'elle doit s'exercer dans un endroit disposant d'un accès facilité aux sanitaires.

Sur le plan pneumologique, il semblerait que la recourante souffre d'apnée du sommeil (cf. rapport du Dr Z._____ du 4 juillet 2023). Aucun médecin traitant n'a cependant fourni d'explications en lien avec cette atteinte ni n'a mentionné celle-ci comme incapacitante.

bb) S'agissant des documents médicaux produits par la recourante dans le cadre de la présente procédure, ils font état d'atteintes apparues postérieurement à la décision litigieuse. Or le juge apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 148 V 21 consid. 5.3 ; 144 V 210 consid. 4.3.1).

f) Sur le vu de ce qui précède, il convient en définitive de retenir que depuis la dernière décision de l'OAI du 17 décembre 2020, la capacité de travail dans l'activité habituelle de femme de ménage n'a pas évolué. Elle est demeurée nulle. S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, elle était auparavant exigible à 100 %, alors qu'elle est de 75 % depuis le 25 novembre 2022. Aux limitations fonctionnelles retenues par le P._____, suivi par l'OAI, il convient d'ajouter que la recourante doit pouvoir accéder facilement aux sanitaires.

9. Cela étant constaté, il convient de déterminer le taux d'invalidité de la recourante.

a) L'art. 25 RAI concrétise les art. 28a al. 1 LAI et 16 LPGA. D'après l'art. 25 al. 1 RAI, est réputé revenu au sens de l'art. 16 LPGA le revenu annuel présumable sur lequel les cotisations seraient perçues en vertu de la LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10), à l'exclusion toutefois : des prestations accordées par l'employeur pour compenser des pertes de salaire par suite d'accident ou de maladie entraînant une incapacité de travail dûment prouvée (let. a) ; des indemnités de chômage, des allocations pour perte de gain au sens de la LAPG (loi fédérale du 25 septembre 1952 sur les allocations pour perte de gain ; RS 834.1) et des indemnités journalières de l'assurance-invalidité (let. b). Selon l'art. 25 al. 2 RAI, les revenus déterminants au sens de l'art. 16 LPGA sont établis sur

la base de la même période et au regard du marché du travail suisse. En vertu de l'art. 25 al. 3 RAI, si les revenus déterminants sont fixés sur la base de valeurs statistiques, les valeurs médianes de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique font foi. D'autres valeurs statistiques peuvent être utilisées, pour autant que le revenu en question ne soit pas représenté dans l'ESS. Les valeurs utilisées sont indépendantes de l'âge et tiennent compte du sexe. D'après l'art. 25 al. 4 RAI, les valeurs statistiques visées à l'al. 3 sont adaptées au temps de travail usuel au sein de l'entreprise selon la division économique ainsi qu'à l'évolution des salaires nominaux.

Le moment déterminant pour établir les revenus avec et sans invalidité est celui de la naissance du droit éventuel à une rente d'invalidité (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222 ; TF 9C_766/2023 du 13 février 2024 consid. 5.1).

aa) Le revenu sans invalidité (art. 16 LPGa) est en principe déterminé en fonction du dernier revenu de l'activité lucrative effectivement réalisé avant la survenance de l'invalidité (art. 26 al. 1, première phrase, RAI). Si celui-ci ne peut pas être déterminé ou ne peut pas l'être avec suffisamment de précision, le revenu sans invalidité est fixé sur la base des valeurs statistiques visées à l'art. 25 al. 3 RAI pour une personne ayant la même formation et une situation professionnelle correspondante (art. 26 al. 4 RAI), lequel doit être adapté à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente, sur la base de l'évolution des salaires nominaux (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 8C_659/2022 & 8C_707/2022 du 2 mai 2023 consid. 4.2.1 et les références).

bb) Si l'assuré ne réalise pas de revenu déterminant ou n'exploite pas autant que possible sa capacité fonctionnelle résiduelle en exerçant une activité qui peut raisonnablement être exigée de lui, le revenu avec invalidité est déterminé en fonction des valeurs statistiques visées à l'art. 25 al. 3 RAI (art. 26bis al. 1 et 2 RAI).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2).

b) En l'occurrence, l'année déterminante pour la comparaison des revenus est 2023, puisque la recourante a présenté une aggravation de son état de santé dès le mois de janvier 2022 (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI).

Dès 2020, l'intéressée a exercé comme femme de ménage, au taux réduit de 20 %. Les revenus provenant de cette activité ne sont donc pas représentatifs de ce que pourraient être ses gains sans atteinte à la santé. Il convient dès lors de calculer le revenu sans invalidité à l'aune des tableaux TA1_skill-level de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS). Il résulte des données de l'année 2022, applicables en l'espèce, que le salaire auquel pouvaient prétendre les femmes dans des activités manuelles simples était de 4'367 fr. pour une semaine de 40 heures. Compte tenu d'une durée hebdomadaire moyenne de travail de 41,7 heures cette année-là dans ce secteur d'activité (cf. OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique [NOGA 2008], en heures par semaine, T 03.02.03.01.04.01), le revenu annuel sans invalidité, indexé à 2023, se monte à 55'614 fr. 53.

En ce qui concerne le revenu avec invalidité, il sied également de l'estimer à l'aide de l'ESS, l'assurée n'ayant pas repris d'activité lucrative. Partant, celui-ci se monte à 41'710 fr. 90 au regard d'une capacité résiduelle de 75 %. L'OAI peut être suivi lorsqu'il n'a effectué aucun abattement supplémentaire, dans la mesure où dans son évaluation de la capacité de travail, le P._____ a d'ores et déjà tenu compte des limitations fonctionnelles de la recourante.

Il résulte de la comparaison du revenu sans invalidité de 55'614 fr. 53 au revenu d'invalidité de 41'710 fr. 90 un degré d'invalidité de 25 %.

10. a) En ce qui concerne la part que la recourante consacre à l'accomplissement de ses travaux habituels, aucun empêchement n'a été retenu par l'intimé.

aa) En l'occurrence, la recourante vit dans un appartement de trois pièces et demi avec sa fille majeure, qui est célibataire, sans enfants et professionnellement active. Dans le cadre de l'examen clinique du P._____, elle a déclaré qu'elle s'occupait de faire le ménage hebdomadairement (aspirateur, panosse, salle de bains). Elle réalise quelques petits nettoyages entre deux ménages, tel que passer la panosse ou nettoyer les plaques de cuisson, par tranches de dix minutes. L'appartement est équipé d'un lave-vaisselle, que chacune remplit et vide. Sa fille fait la lessive, elle-même étant capable de plier son linge. Les grosses courses sont faites une fois par semaine à deux, la recourante faisant quotidiennement des petits achats de dépannage. La semaine, elle se prépare rapidement un repas à midi, souvent des sandwiches. Le soir, c'est sa fille qui cuisine. Les week-ends elles cuisinent ensemble (cf. rapport d'examen du P._____ pp. 13 et 14).

bb) Les renseignements fournis par la recourante sont suffisants pour se prononcer sur le taux d'empêchement dans l'accomplissement de ses travaux habituels, en dépit de l'absence d'enquête réalisée à domicile (cf. art. 69 al. 2 RAI), qui constitue généralement une base appropriée pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels (cf. ATF 140 V 543 consid. 3.2.1). Il en résulte en effet que si la recourante ne peut plus accomplir l'entier des tâches ménagères, sa fille lui apporte toute l'aide exigible dans ce domaine. Il s'ensuit que l'absence d'empêchement retenu par l'intimé, qui n'est du reste pas contesté, peut être confirmé.

11. Sur le vu de ce qui précède, le degré d'invalidité global de la recourante se monte à 20 % ($[25 \times 0,8] + [0 \times 0,2]$), comme l'a retenu à juste titre l'intimé. Situé en dessous du seuil minimal donnant le droit à une rente de l'assurance-invalidité, la décision de refus de prester de l'intimé doit être confirmée.

12. Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Des mesures d'instruction complémentaires sur le plan médical ne sont dès lors pas nécessaires, dans la mesure où elles ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée de la pertinence des preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1).

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

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

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

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 7 octobre 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de J._____.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- J._____,
- 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 :