

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 avril 2018

Composition : M. MÉTRAL, président

MM. Neu et Piguet, juges

Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

E. _____, à [...], recourante, représentée par le Centre social protestant -
Vaud,

et

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

Art. 28 al. 1 LAI ; 87 RAI ; 16, 17 et 43 al. 1 LPGA

E n f a i t :

A. Au bénéfice d'une formation de secrétaire comptable et d'un certificat d'entraîneur sportif effectués à l'étranger, E._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1961, a vécu et travaillé au Zimbabwe puis en Afrique du Sud avant de venir en 1991 en Suisse, où elle a été mère au foyer et s'est occupée de ses deux enfants, nés en 1989 et 1991. Le 20 décembre 2006, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison d'une dégénérescence de la colonne lombaire dont elle souffrait depuis l'année 2000. Le 20 janvier 2007, elle a indiqué que si elle était en bonne santé, elle travaillerait à 40 ou 50 % depuis 2003 dans le domaine de la comptabilité ou un fitness par nécessité financière.

Le Dr T._____, médecin praticien, a indiqué dans un rapport du 11 janvier 2006 les diagnostics de lombo-pygalgies droites chroniques dans un contexte de discopathie L5-S1 et déconditionnement physique et surtout psychique.

Dans un rapport médical du 1^{er} février 2007, le Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic de discopathies L5-S1 et évoquait un travail sédentaire moyennant des changements de position fréquents.

Un examen clinique rhumatologique et psychiatrique de l'assurée a été réalisé par le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) le 18 avril 2008. Dans leur rapport du 24 avril 2008, le Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, et la Dresse U._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail des lombosciatalgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis (M54.4), des cervicalgies dans le cadre de troubles statiques du rachis avec status après spondylodèse C4-C5 (M54.2) et un syndrome rotulien bilatéral (M22.2). Ils ont en outre

constaté des troubles statiques des pieds, sans répercussion sur la capacité de travail. L'assurée présentait quelques traits dépressifs et anxieux lorsqu'elle était confrontée à son bilan existentiel actuel, mais ceux-ci étaient discrets et ne permettaient pas de retenir un trouble spécifique de ce registre. Les médecins ont conclu qu'elle bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans son activité de comptable ainsi que dans une activité adaptée, depuis 2002. Sa capacité de travail comme coach sportif était en revanche nulle. Ses limitations fonctionnelles étaient les suivantes : nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg ni de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas de genuflexion répétée et pas de franchissement régulier d'escabeaux, d'échelles ou d'escaliers. Ils estimaient que l'incapacité de travail comme ménagère était tout au plus 20 %, mais devait être confirmée par une enquête ménagère.

Dans le cadre de l'enquête économique sur le ménage effectuée le 18 septembre 2008, l'assurée a expliqué que sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à 40 ou 50 % de 2003 à 2007, puis aurait exercé une activité à plein temps en raison des problèmes de travail et de santé de son époux, expliquant que la famille était tributaire de l'aide sociale depuis 2007. L'assurée a fait savoir qu'elle avait travaillé de septembre à décembre 2004 et d'avril à mai 2005 comme enquêtrice par téléphone. Au final, l'OAI a retenu une invalidité de 13,6 % dans les activités du ménage et un statut de 100 % active.

Par décision du 27 février 2009, l'OAI a refusé à l'assurée tout droit à des prestations de l'AI au motif qu'elle bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans son activité de comptable ou toute autre activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

B. Le 19 octobre 2010, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, invoquant souffrir de douleurs au niveau de

la colonne vertébrale, du bassin, des hanches et des genoux ainsi que de dépression.

Dans un rapport médical du 14 juillet 2010, le Dr F._____, médecin praticien spécialiste en anesthésiologie, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail suivants :

- Lombalgie chronique sur trouble dégénératif lombaire depuis les années 2000, status post spondylodèse ALIF L5-S1 en 2008
- Troubles dégénératifs cervicaux pluri-étagés, status post spondylodèse C4-C5 en 1981
- Coxarthrose droite, status post resurfaçage de la hanche droite en 2010
- Coxarthrose gauche non opérée
- Status post multiples interventions de l'épaule droite (7 opérations depuis les années 1980) avec douleur et limitation fonctionnelle secondaire, dégénérescence de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite depuis 1990
- Syndrome de la traversée thoraco-brachiale (thoracic outlet syndrome) du bras droit diagnostiqué dans les années 2000
- Syndrome rotulien bilatéral depuis 1998
- Etat anxio-dépressif depuis 2005
- Syndrome douloureux chronique

Il énumérait comme limitations fonctionnelles l'impossibilité d'effectuer une activité physique avec le bras droit, de rester longtemps assise ou à genoux, des difficultés relationnelles liées à la perte d'indépendance physique ainsi qu'aux douleurs engendrées par les multiples pathologies, une incapacité à gérer les contrariétés mentales et à se surpasser sans passer plusieurs jours à en payer le prix (sommeil, douleur, fatigue, etc.). Il estimait que l'assurée présentait une capacité de travail de 50 % dans une activité où elle pouvait alterner les positions et n'avait pas à marcher en terrain irrégulier, se pencher, travailler avec les bras au-dessus de la tête, s'accroupir, être à genoux, effectuer des rotations, porter des charges ou encore monter des escaliers ou sur une

échelle. Sa capacité de concentration et d'adaptation ainsi que sa résistance étaient par ailleurs limitées.

Par avis médical du 5 novembre 2010, le Dr N._____, médecin au SMR, a relevé que le diagnostic d'état anxio-dépressif n'était pas étayé ni traité. L'atteinte à la santé n'était, semble-t-il, pas suivie par un psychiatre.

Dans un rapport médical du 18 novembre 2010, le Dr V._____ préconisait l'exercice d'une activité adaptée sans occupations physiques lourdes et estimait que la capacité de travail devait faire l'objet d'une évaluation détaillée.

Dans un rapport médical du 29 novembre 2010, le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, évaluait la capacité de travail de l'assurée à 50 % dans une activité adaptée, pour ce qui concernait la problématique de la hanche.

Dans un courrier du 7 décembre 2010, le Dr F._____ a expliqué que l'assurée avait consulté différents psychiatres avec lesquels une relation thérapeutique de confiance n'avait pas été possible de sorte qu'il suivait lui-même l'assurée pour ses problèmes psychiques, ce qui avait apporté des résultats positifs, même si un état normal n'avait pas encore été retrouvé.

Dans un avis du 5 janvier 2011, le Dr N._____ et la Dresse A._____ ont proposé un examen orthopédique au SMR et précisé qu'une évaluation psychique n'était pas nécessaire puisque l'assurée ne présentait pas d'affection psychiatrique en 2008 et que son état s'était amélioré selon le Dr F._____.

Le Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a examinée l'assurée le 31 janvier 2011 et établi son rapport d'examen clinique orthopédique le 25 février

2011. Il a retenu les diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail de :

- Lombo-cruralgies à droite, status après spondylodèse antérieure L5-S1, discopathies dégénératives pluri-étagées (M54.5)
- Cervicalgies chroniques, discopathies C5-C6 et C6-C7, status après spondylodèse C4-C5 (M54.2)
- Status après arthroplastie totale de la hanche droite par prothèse de resurfaçage
- Syndrome rotulien bilatéral.

Le Dr R. _____ s'est prononcé comme suit sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de l'assurée :

« Vu les problèmes ostéomusculaires multiples, la capacité de travail de l'assurée en tant [qu']instructrice de sport [est] très limitée depuis 2002. Après avoir attentivement examiné l'assurée et son dossier, nous considérons que depuis le mois de septembre 2008, l'assurée a perdu toute capacité de travail. 4 mois après, c'est-à-dire à partir de janvier 2009, l'assurée récupère une capacité de travail complète dans un travail adapté aux limitations fonctionnelles. A partir du début du mois de mars 2010 et pendant 3 mois, l'assurée a perdu toute capacité de travail. A partir de juin 2010, l'assurée peut exercer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

Limitations fonctionnelles

Travail sédentaire ou semi-sédentaire dans lequel elle puisse alterner la position assise avec la position debout à sa guise. Doit éviter les travaux penchée en avant ou en porte-à-faux. Doit éviter le port de charges supérieures à 5 kg. Doit éviter de soulever des charges supérieures à 5 kg avec le MSD [réd. : membre supérieur droit]. Doit éviter les travaux qui impliquent une mobilité de l'épaule D [réd. : droite] au-delà de l'horizontale. Escaliers répétés, échelles, accroupissements et genuflexions répétés. »

Le Dr N. _____ s'est rallié aux conclusions de cet examen dans son rapport SMR du 10 mars 2011.

Une nouvelle enquête économique sur le ménage a été réalisée et a conclu, le 27 septembre 2011, à un statut de 100 % active et à une invalidité dans les tâches ménagères de 11,9 %.

Par projet de décision du 25 novembre 2011, l'OAI a nié le droit de l'assurée à des prestations de l'AI au motif que les périodes

d'incapacité totale de travailler avaient été inférieures à une année et que depuis juin 2010, elle pouvait exercer son ancienne activité de comptable à 100 %, qui est compatible avec ses limitations fonctionnelles.

Le 6 décembre 2011, l'assuré a fait valoir qu'elle avait effectué des travaux de comptabilité il y a 27 ans en Afrique du Sud sans toutefois avoir de formation dans ce domaine, de sorte qu'elle n'était pas en mesure de travailler comme comptable en Suisse actuellement.

Par décision du 13 février 2012, l'OAI a refusé tout droit aux prestations d'invalidité à l'assurée au motif que son degré d'invalidité n'était que de 10 %. Il a concédé qu'il n'était pas certain qu'elle puisse mettre en valeur sa capacité de travail en tant que secrétaire comptable, mais qu'elle pouvait prétendre à des activités non qualifiées comme celle d'enquêtrice par téléphone qu'elle avait exercée. Se basant sur des données salariales statistiques, il a retenu pour 2010 un revenu sans invalidité de 52'728 fr. et un revenu avec invalidité de 47'445 fr. 20 comprenant un abattement de 10 % en raison de ses limitations fonctionnelles.

Le recours que l'assurée a déposé contre cette décision le 13 mars 2012 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a été déclaré irrecevable par arrêt du 2 août 2012.

C. Le 16 octobre 2012, E._____ a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI.

Selon un rapport médical établi le 19 septembre 2012 par le Dr F._____, la situation médicale de l'assurée s'était largement dégradée et elle avait nécessité une nouvelle opération de la hanche droite courant 2012. Le Dr F._____ estimait que l'assurée était dans l'incapacité de reprendre une activité professionnelle puisqu'elle ne pouvait pas travailler debout ni assise en raison de ses problèmes de dos, de hanche et de genoux. Les douleurs étaient permanentes, de l'ordre de 5-8/10 sans position antalgique et les médicaments restaient peu efficaces.

En réponse aux questions de l'OAI, le Dr H._____ a communiqué le 31 mai 2013 que la hanche droite allait mieux. La position assise était douloureuse après 20 minutes et la position debout possible pendant une heure. La patiente lui avait déclaré qu'elle pouvait travailler 3 heures d'affilée quatre fois par semaine.

Le 31 octobre 2013, le Dr V._____ a indiqué ne pas être en mesure de se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée et a proposé de réaliser une évaluation fonctionnelle. Il a transmis à l'OAI ses rapports médicaux des 18 et 24 août 2011, dans lesquels il évoquait des radiculalgies L3 soit sur compression extra-foraminale voire foraminale en L3-L4 ou bien une hernie discale L2-L3 du côté gauche ; l'IRM effectuée le 19 août 2011 avait montré un peu d'arthrose entre L2 et L3.

Le 19 novembre 2013, l'assurée a fait savoir que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 100 % depuis 2007 comme entraîneur sportif ou dans le secrétariat, par intérêt personnel et nécessité financière.

A l'initiative du SMR, une évaluation des capacités fonctionnelles de l'assurée a été réalisée les 16 et 17 avril 2015 par le Centre J._____ (J._____) à [...]. Dans leur rapport établi le 7 mai 2015, les Drs B._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, et X._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi que rhumatologie, et la physiothérapeute P._____ ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail suivants :

- Status post spondylodèse ALIF L5-S1 en 2008
- Protrusion discale à large base L2-L3 avec empreinte discale, sans compression radiculaire
- Spondylose L1-L2-L3 avec ponts osseux et ostéochondrose érosive en L2-L3
- Arthroses facettaires multiples
- Status post dénervation L4-L5 et L5-S1
- Status post spondylodèse C4-C5 en 1981
- Status post dénervation C5-C6 gauche puis C4 droite

- Déficit de stabilisation musculaire de la colonne vertébrale
- Status post prothèse totale de la hanche droite en 2010
- Status post révision des parties molles de la hanche droite en 2011 et mai 2014
- Dysbalance musculaire de la fesse et de la cuisse
- Coxa valga des deux côtés
- Gonalgies bilatérales chroniques sur syndrome fémoro-patellaire
- Suspicion de déficits cognitifs en présence de phases dépressives récurrentes selon l'anamnèse, avec états anxieux depuis 2005.

Les médecins ont également retenu un status post multiples interventions de l'épaule droite dans les années 1990, sans incidence sur la capacité de travail. Ils ont conclu que l'assurée était, d'un point de vue rhumatologique-orthopédique, capable de travailler toute la journée comme comptable ou dans une activité légère adaptée avec possibilité de changer de position et de bénéficier de pauses supplémentaires jusqu'à deux heures par jour, ce qui correspondait à une capacité de travail de 75 %. Son activité de coach sportif ou d'institutrice de sport n'était en revanche plus exigible en raison de ses troubles multiples de l'appareil locomoteur. Compte tenu des limitations fonctionnelles de l'assurée, l'activité adaptée ne devait pas nécessiter de porter des charges de plus de 10 kg ou de plus de 7,5 kg d'une seule main, de travailler régulièrement au-dessus de la tête ou en position debout inclinée vers l'avant, de monter des escaliers, de marcher beaucoup ou encore de rester longtemps debout de manière statique. Finalement, au vu de la présence d'éventuels déficits cognitifs et de l'état dépressif mentionné par le médecin traitant depuis 2005, les Drs B._____ et X._____ recommandaient de procéder à une évaluation neuropsychologique et psychiatrique pour avoir une appréciation globale de la capacité de travail.

Dans un rapport SMR du 26 mai 2015, le Dr W._____ a retenu comme atteinte principale à la santé un syndrome cervico-lombaire chronique après opérations vertébrales multiples. Il a estimé qu'une

affection psychiatrique ou neuropsychologique ne pouvait être retenue comme atteinte invalidante étant donné l'absence de médication psychotrope, de suivi spécialisé, de plainte émise lors de la récente expertise, ainsi que la mention, dans le rapport d'expertise, d'absence d'indice certain suggérant une dépression ; il soulignait en outre que l'assurée avait pleinement collaboré à l'investigation qui s'était déroulée sur deux jours. Il s'est rallié aux conclusions de l'expertise au sujet de la capacité de travail de l'assurée de 75 % dans une activité adaptée, dont il a fixé le début en août 2011, abstraction faite de la période de convalescence qui a suivi l'intervention chirurgicale de mai 2014. Se référant à l'anamnèse relatée dans l'expertise, il a admis qu'en août 2014, au terme du délai de carence en fonction de la demande tardive, cette capacité de travail était de nouveau admissible. C'est également août 2011 qu'il a retenu comme date de début d'aptitude à la réadaptation.

L'assurée a débuté un stage d'observation professionnelle le 26 octobre 2015 à l'Orif, qui a été interrompu le 18 novembre 2015 en raison de certificats d'incapacité de travail délivrés par le Dr F._____. Sa présence au stage a également été entrecoupée de périodes d'arrêt de travail. Selon le rapport final établi le 11 décembre 2015, l'assurée se sentait trop diminuée pour travailler, elle avait montré peu d'endurance dans les activités proposées, n'était pas motivée et n'avait pas réussi à s'adapter aux règles. Les responsables du stage concluaient que l'attitude démontrée par l'assurée tout au long du stage ne permettait pas d'émettre une évaluation objective de sa capacité résiduelle de travail ni de se prononcer sur les activités adaptées à son état de santé.

Dans un rapport du 30 novembre 2015, le Dr D._____, médecin-conseil à l'Orif, a relevé que malgré ses plaintes relatives à ses multiples problèmes de santé, l'assurée prenait peu de médicaments, tous étant en réserve, mais bénéficiait d'infiltrations. Il était d'avis qu'il n'y avait aucune contre-indication à la poursuite du stage, qui aurait été possible moyennant éventuellement la prise d'un peu plus d'antalgiques, mais que l'assurée s'était montrée peu intéressée et oppositionnelle. Il

n'avait pas de données chiffrées de rendement pour infirmer ou confirmer l'exigibilité de 75 % estimée par le SMR.

L'OAI a fait parvenir à l'assurée le 20 janvier 2016 un projet de décision lui refusant le droit à une rente d'invalidité. Il y mentionnait que le stage à l'Orif avait été interrompu prématurément pour des raisons non liées à l'atteinte à la santé.

L'assurée a contesté ce projet de décision le 3 février 2016, faisant valoir que ses absences lors du stage étaient dues à une aggravation de ses atteintes à la santé, attestée par les médecins.

Dans un courrier du 25 février 2016, elle a également invoqué, par l'intermédiaire de son mandataire, qu'elle souffrait d'atteintes dégénératives qui ne cessaient de s'aggraver et qu'elle allait subir une nouvelle opération de l'épaule droite. Elle a estimé que le besoin de pauses mentionné par les experts n'était pas compatible avec les exigences du marché de l'emploi et que les postes cités par l'OAI ne respectaient pas ses limitations fonctionnelles. Elle reprochait aux experts d'avoir conclu, malgré les douleurs constatées, à la possibilité de travailler une journée entière moyennant des pauses, sans toutefois donner de renseignements sur la fréquence et la durée de ces dernières, et d'avoir sous-estimé les répercussions de son état de santé sur sa capacité de travail. Elle a relevé qu'ils avaient en revanche conseillé à trois reprises d'effectuer une expertise psychiatrique et neuropsychologique.

Dans un rapport médical du 12 mai 2016, le Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que l'assurée présentait des douleurs en relation avec une arthrose débutante de l'épaule droite et une lésion du long chef du biceps et qu'il avait procédé le 1^{er} mars 2016 à une ténodèse du biceps et un débridement de l'articulation gléno-humérale.

A la demande du SMR, le Dr F._____ a apporté des compléments d'informations par courrier du 21 juin 2016. Il a ainsi exposé

que les incapacités de travail survenues en octobre et novembre 2015 durant le stage d'observation étaient liées à une très forte péjoration des douleurs cervicales et des problèmes de l'épaule droite, ayant nécessité plusieurs infiltrations de la colonne cervicale. Depuis l'intervention de l'épaule droite du 1^{er} mars, la situation s'était nettement améliorée. La situation actuelle était décrite comme suit :

- « - Cervicalgie sévère : catastrophique. En traitement régulier avec le Dr Q. _____ du [...] et le Prof. C. _____.
- Epaule droite : vie quotidienne supportable, mais persistance de douleurs considérées comme légères à modérées selon les mouvements.
- Genou : douleurs sévères dès augmentation de la charge ou marche plus de 20 minutes, en relation avec des troubles cartilagineux importants.
- Hanche droite : persistance d'une perte de force en relation avec une amyotrophie post opératoire des fessiers droits, ainsi qu'une paresthésie douloureuse lors de la position assise prolongée en raison de la lésion neurologique du fessier.
- Colonne lombaire : status post opératoire avec arthrose importante associée à une inflammation résiduelle ne permettant pas à la patiente d'effectuer une nuit sans réveil douloureux et empêchant la patiente de réaliser ses tâches quotidiennes à la maison.
- Douleurs musculaires thoraciques de compensation soulagées modérément par les myorelaxants et la physiothérapie. »

Dans un avis médical du 27 juillet 2016, le Dr W. _____ a noté ce qui suit :

« Afin d'étoffer ce dossier et de pouvoir déterminer si le stage en octobre-novembre 2015 avait été interrompu pour raison médicale, ce qui reviendrait à dire qu'il y a aggravation de l'état de santé depuis l'expertise, il faut demander au Dr F. _____ de nous faire parvenir les compte-rendus en sa possession des consultations du Dr Q. _____, éventuellement du prof. C. _____, en particulier depuis le printemps 2015.

Par la suite un examen rhumatologique au SMR pourrait s'avérer utile pour avoir un état de la situation depuis l'intervention sur l'épaule, afin de savoir s'il y a aggravation et pour définir les LF [réd. : limitations fonctionnelles] et la capacité de travail dans une activité adaptée. »

Le 2 septembre 2016, le Dr F. _____ a transmis la liste des infiltrations effectuées par le Dr Q. _____.

Dans un rapport médical du 8 septembre 2016, le Dr C. _____, spécialiste en anesthésiologie, a constaté une légère instabilité dans le segment C3-C4 au-dessus de la fusion et des douleurs lors des

mouvements ainsi qu'au niveau des articulations cervicales. Un scanner CT de la colonne cervicale haute réalisé le 15 juin 2016 a révélé d'importants troubles dégénératifs sur le segment C1-C2 à gauche ; une injection de corticoïdes avait grandement pu améliorer les douleurs.

Dans un avis médical du 7 novembre 2016, le Dr W. _____ du SMR s'est prononcé comme suit :

« Suite à mes avis précédents nous avons reçu les renseignements des Drs F. _____ et C. _____. Ces documents, ainsi que le rapport du 12.05.2016 du Dr G. _____, permettent d'apporter les précisions suivantes :

- Une aggravation surtout des cervicalgies en cours d'été et d'automne 2015 est prouvée par la liste [des] 8 interventions (dénervation et infiltrations) subies au niveau cervical entre le 21.05.2015 et le 05.01.2016, à quoi se sont ajoutées 4 infiltrations au niveau lombaire entre le 09.11.2015 et le 13.05.2016.
- Une arthroscopie de l'épaule D avec ténodèse/réinsertion du long chef du biceps pour luxation a eu lieu le 01.03.2016, ce type d'intervention entraîne une incapacité de travail de plusieurs semaines. Le résultat fonctionnel de cette intervention semble satisfaisant, mais avec persistance de douleurs.
- Les gonalgies augmentent en fonction de la charge, par exemple marche de plus de 20 minutes, mises en relation avec les troubles cartilagineux importants. Il n'y a pas de documents d'imagerie dans le dossier concernant les genoux, mais je note un status clinique décrit comme normal lors de l'examen orthopédique au SMR du 31.01.2011, mais la présence de douleurs en fin d'extension du genou D et la présence de signes d'atteinte méniscale aux deux genoux lors de l'examen du 16/17.04.2015.
- L'atteinte de la hanche D (perte de force, paresthésie douloureuse attribuée à la lésion neurologique du fessier) est décrite comme persistante, gênant la position assise prolongée.
- Les lombalgies et des douleurs musculaires thoraciques de compensation sont signalées, mais sans indication d'aggravation.
- Le Dr F. _____ mentionne qu'une aptitude à la réadaptation a existé jusqu'à l'intervention du 01.03.2016, mais il ne se prononce pas sur la capacité de travail exigible.
- Aucun document médical nouveau n'atteste une atteinte autre qu'ostéo-articulaire.

Compte tenu de ces renseignements je fais les remarques suivantes :

Il y a une aggravation de l'atteinte cervicale documentée depuis mai 2015, preuve en est la dénervation par radiofréquence du 21.05.2015 et les infiltrations suivantes. Je maintiens néanmoins que jusqu'à cette date l'appréciation du J. _____ du 07.05.2015 reste valable, elle est basée sur un examen clinique approfondi et une évaluation de type Isenhagen sur deux jours, dans laquelle une bonne implication de l'assurée est signalée. A noter que la limitation de la mobilité de la colonne cervicale est notée dans les plaintes et

le status. J'en déduis que les douleurs en relation avec cette atteinte, bien documentées, se sont aggravées à cette époque.

Cette atteinte, de même que l'atteinte des genoux, justifie de nouvelles limitations fonctionnelles qui s'ajoutent à celles mentionnées dans le rapport d'examen SMR du 26.05.2015 : Marche et station debout limitée à 20 minutes, utilisation d'escabeaux, d'échelles ou d'échafaudages, travail à genoux et accroupi, doit pouvoir changer de position assise à sa guise (ordre de grandeur 2 fois par heure), travaux nécessitant une bonne mobilité de la colonne cervicale, mouvements extrêmes, statiques et répétitifs de la colonne cervicale. Sollicitation autre que légère de l'épaule D.

J'admets qu'en l'état du dossier il n'est pas possible de postuler que l'évaluation professionnelle à l'Orif de novembre 2015 a été interrompue pour raison non-médicale comme mentionné dans le projet de décision.

Il y a eu l'observation d'une implication jugée faible de l'assurée par les observateurs, mais ces constatations sont à relativiser par le fait qu'une aggravation de la situation médicale est documentée et que lors de l'évaluation en avril 2015 à [...] le comportement et l'implication de l'assurée n'avai[en]t donné lieu à aucune remarque négative.

Conclusion :

Je maintiens qu'il n'y a pas lieu de procéder à une évaluation de la santé psychique de l'assurée.

Je propose d'intégrer les nombreuses nouvelles limitations fonctionnelles et de déterminer si elles sont compatibles avec une activité exigible à un horaire grevé d'une diminution de rendement sous forme de pauses de 2 heures par jour.

Si tel est le cas, je suggère de faire un nouveau calcul du préjudice.

Suivant le résultat de cette nouvelle appréciation, il incombe au service juridique d'apprécier si les arguments développés par Mme [...], juriste, peuvent être réfutés. Si tel n'est pas le cas, je pense qu'il faudrait procéder à une expertise bi-disciplinaire psychiatrique et rhumatologique/orthopédique. »

Par décision du 15 novembre 2016, l'OAI a refusé toute rente d'invalidité à l'assurée. Il a retenu qu'elle ne pouvait plus exercer son activité de coach sportif depuis le 18 août 2011, mais qu'elle présentait une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée, par exemple dans l'industrie légère, respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de positions statiques immobiles prolongées, nécessité d'avoir deux heures de pauses sur une journée, pas d'activité physique autre que légère, travail avec les bras au-dessus du niveau de la tête occasionnellement, pas de port de charges de plus de 7,5 kg avec une

main et de 10 kg avec les deux mains, marche dans les escaliers de manière occasionnelle. Il a considéré que des mesures professionnelles n'étaient pas envisageables, mentionnant le stage à l'Orif interrompu, de sorte qu'il procédait à une approche théorique de la capacité de gain de l'assurée. Il a calculé, sur la base des données statistiques, que le revenu sans invalidité de l'assurée était de 51'441 fr. 12 en 2012 et celui avec invalidité de 38'580 fr. 84 compte tenu d'un taux d'occupation de 75 %, de sorte que son taux d'invalidité était de 25 %. L'OAI a ensuite constaté que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé depuis mai 2015 et qu'au niveau des limitations fonctionnelles, elle nécessitait désormais également de pouvoir alterner la position assise à sa guise, ce qui pouvait influencer sur le potentiel de trouver une activité adaptée. Il a dès lors procédé à une nouvelle approche théorique de sa capacité de gain pour l'année 2015, retenant un revenu annuel sans invalidité de 54'008 fr. 17 et un revenu d'invalidité de 38'480 fr. 80 compte tenu du taux d'occupation à 75 % ainsi que d'un abattement de 5 % en raison des limitations fonctionnelles. Le degré d'invalidité, se montant à 28,75 %, était également insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

D. Par acte du 19 décembre 2016, E. _____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal et conclu à la reconnaissance de son incapacité de gain totale et permanente ainsi qu'à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 19 mars 2013, subsidiairement à ce qu'une expertise bi-disciplinaire psychiatrique et rhumatologique/orthopédique soit ordonnée. Elle a fait valoir que les douleurs liées à ses pathologies dégénératives étaient invalidantes et empêchaient une activité professionnelle, rappelant qu'elle n'avait pas pu exercer d'activité dans un cadre protégé comme l'Orif. Elle a indiqué qu'elle souffrait d'angoisses et était maintenant sous traitement anxiolytique (Xanax). Selon elle, les postes indiqués par l'OAI exigeaient une position statique et ne permettaient pas de prendre des pauses régulièrement tout en produisant les résultats attendus par un employeur même moyennement exigeant. Elle estimait par ailleurs qu'un abattement de 25 % était nécessaire du fait qu'elle n'avait jamais travaillé en Suisse, qu'elle n'avait qu'une maîtrise très imparfaite du français et était âgée de

plus de 50 ans. Finalement, elle a relevé que les experts s'étaient prononcés avant de connaître l'état de la colonne cervicale haute et préconisaient un élargissement de leur expertise, ce qu'envisageait également le médecin du SMR.

Dans sa réponse du 29 mars 2017, l'OAI s'est référé aux avis du SMR, qui maintenait l'exigibilité à 75 % dans une activité adaptée à la suite de l'opération de l'épaule droite, avec des limitations fonctionnelles supplémentaires, et expliquait pour quelles raisons une évaluation psychiatrique et neuropsychologique n'était pas nécessaire, étant relevé que la médication par Xanax n'avait débuté qu'au moment du recours et ne figurait pas dans le rapport médical du 21 juin 2016. Le seul échec du stage à l'Orif ne permettait en outre pas de conclure à une incapacité de gain totale et permanente, puisque l'état de santé de l'assurée s'était aggravé à l'époque du stage puis s'était amélioré suite à l'opération de mars 2016.

Le 8 mai 2017, l'OAI a transmis une fiche d'examen de son service de réadaptation du 7 avril 2017 qui confirmait que l'assurée pourrait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, puisque les activités à l'établi et celles en lien avec la surveillance ne nécessitaient pas de déplacement particulier, respectaient les ports de charge autorisés et permettaient l'alternance des positions, qui pouvait s'effectuer en utilisant un siège assis debout. L'assurée pouvait également travailler comme téléphoniste-réceptionniste, avec une adaptation ergonomique du poste de travail ou par télétravail, étant précisé qu'elle avait déjà exercé cette activité et qu'elle pourrait notamment travailler comme réceptionniste dans un centre de sport, un fitness ou un spa, où elle pourrait mettre à profit son expérience de coach sportive et également sa maîtrise de l'anglais. En conclusion, aucune mesure de réadaptation ne permettait de réduire le préjudice économique retenu. L'absence de diplôme, la langue maternelle anglaise et l'absence d'activité en Suisse étaient par ailleurs des arguments qui n'étaient pas en lien avec l'atteinte à la santé.

Par réplique réceptionnée le 6 juin 2017, la recourante a contesté le fait que son état de santé se soit aggravé au moment du stage à l'Orif uniquement et que son opération à l'épaule ait résolu l'ensemble de ses atteintes invalidantes. Elle a reproché à l'OAI de ne pas avoir instruit son dossier en rapport avec la diminution de ses capacités de concentration et sa fatigabilité mentale. Elle a fait valoir que la spécialiste en réinsertion ne s'était pas prononcée sur la contrainte des pauses régulières et les exigences de rentabilité, et que ses problèmes de santé l'empêchaient de travailler dans le domaine industriel léger comme l'avait démontré son stage à l'Orif. Elle sollicitait que l'expertise requise soit élargie à un spécialiste du rachis et qu'elle tienne compte des douleurs et des limitations mentales ressenties.

Dans sa duplique du 27 juin 2017, l'OAI a maintenu ses conclusions.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve des dérogations expresses prévues (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA, instaurant une procédure d'opposition, et 58 LPGA, consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours, 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.

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

b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'occurrence, interjeté dans le respect du délai légal et des autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement le degré d'invalidité qu'elle présente.

3. a) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI).

En vertu de l'art. 7 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'art. 7 al. 2 LPGA précise que seules les

conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable.

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.

b) Lorsque la rente a été refusée une première fois 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]; ATF 130 V 71 consid. 2.2 ; 109 V 262 consid. 3). Cette exigence doit permettre à l'administration, qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 71 consid. 3.2.3 ; 125 V 410 consid. 2b ; 117 V 198 consid. 4b et les références).

Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 5.1). Cela revient à examiner par analogie avec l'art. 17 LPGA, 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 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 ; 130 V 71 consid. 3.2).

En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, 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, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. 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. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; TF 8C_339/2017 du 1^{er} février 2018 consid. 3).

c) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

De manière générale, l'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de

vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 8C_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, 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_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

4. a) En l'occurrence, il s'agit de déterminer si l'état de santé de la recourante s'est aggravé entre la décision de l'OAI du 13 février 2012 et la décision attaquée au point d'influencer son droit à une rente d'invalidité.

Dans la décision litigieuse, l'OAI estime que tel n'est pas le cas. Il retient, sur la base du rapport du Centre J._____ du 7 mai 2015 et des avis du SMR, que la recourante bénéficie d'une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles.

b) La recourante conteste tout d'abord que l'expertise réalisée à [...] permette de statuer, en l'absence d'examen neuropsychologique et psychiatrique. Les experts ont en effet exposé qu'ils n'étaient pas en mesure de se prononcer sur les déficits cognitifs dont l'assurée se plaignait ainsi que sur l'effet des phases dépressives avec états anxieux mentionnés par le Dr F._____. Dans la mesure où la dernière évaluation psychiatrique datait de 2008, ils ont suggéré de la renouveler. Ils ont cependant mentionné n'avoir observé aucun signe clinique certain de dépression (cf. p. 9 de l'expertise). Il y a également lieu de relever que dans ses rapports médicaux, le Dr F._____ mentionne un état dépressif

présent depuis 2005. Ce dernier n'a toutefois pas été constaté lors de l'examen bidisciplinaire réalisé au SMR en 2008, qui a seulement révélé quelques traits dépressifs et anxieux discrets lorsque la recourante était confrontée à son bilan existentiel actuel. La recourante ne consultait d'ailleurs aucun psychiatre pour ce motif (cf. rapport d'examen p. 3). Dans un avis SMR du 5 novembre 2010, le Dr N._____ observait que le diagnostic d'état anxio-dépressif posé par le médecin traitant n'était pas étayé et que l'affection ne semblait pas faire l'objet d'un traitement ou d'un suivi psychiatrique. Le Dr F._____ a confirmé, le 7 décembre 2010, l'absence de suivi par un spécialiste, exposant que l'assurée avait consulté plusieurs psychiatres, mais que le courant n'avait jamais passé, ce qui avait abouti à un arrêt du suivi. Il assumait donc lui-même ce suivi, avec des résultats meilleurs que par le passé, un état normal n'ayant toutefois pas été retrouvé. L'intimé avait considéré, au vu de ces renseignements et de l'expertise bidisciplinaire réalisée en 2008, qu'il n'y avait pas d'affection psychiatrique invalidante (cf. rapport SMR des Drs N._____ et A._____ du 5 janvier 2011). Avec d'autres considérations relatives à l'état de santé physique de la recourante, cette constatation avait conduit l'intimé à nier le droit aux prestations par décision du 13 février 2012. Il n'y a aucun motif de penser que la situation psychique de la recourante se serait péjorée depuis lors. Dans son rapport du 19 septembre 2012, le Dr F._____ allègue uniquement une péjoration de l'état de santé physique. Il en va de même de son rapport du 21 juin 2016, qui ne mentionne pas d'atteinte à la santé psychique, de trouble neuropsychologique, de traitement par un psychiatre, ni de prescription d'un médicament anxio-dépressif ou anxiolytique. Dans son recours, l'assurée allègue qu'elle est maintenant sous médication de Xanax en raison de ses angoisses, mais ne produit aucun document médical à ce sujet. Quoi qu'il en soit, une éventuelle aggravation de son état psychique postérieure à la décision attaquée sort de l'objet de la présente contestation. En effet, selon une 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 et les références citées ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 2).

Dans ces conditions, l'expertise réalisée par le Centre J._____ est suffisante pour constater, sans autre mesure d'instruction, la capacité résiduelle de travail de la recourante à l'époque de cette expertise. Il faut par ailleurs lui reconnaître une pleine valeur probante puisque les experts se sont prononcés en connaissance du dossier et de l'anamnèse, qu'ils ont tenu compte des plaintes de la recourante et que leurs conclusions, basées notamment sur les examens qu'ils ont réalisés, sont claires et motivées.

c) La recourante soutient, ensuite, que de nouvelles atteintes cervicales ont été mises en évidence depuis l'expertise de mai 2015, dont les experts n'ont pas pu tenir compte. Elle se réfère sur ce point au rapport d'imagerie de sa colonne cervicale haute du 15 juin 2016 ordonnée par le Dr C._____. Cet examen concluait à d'importants troubles dégénératifs pluri-étagés avec troubles de la statique vertébrale et inversion de la lordose physiologique cervicale. Une injection de corticoïdes avait permis une amélioration des douleurs, selon le rapport du Dr C._____ du 8 septembre 2016. Il faut constater que les experts n'avaient effectivement pas connaissance de l'atteinte à colonne cervicale haute, puisque cette aggravation, se traduisant par une augmentation des douleurs cervicales, est intervenue en cours d'été et d'automne 2015, comme retenu par le Dr W._____ (cf. son avis du 7 novembre 2016), soit postérieurement à l'expertise. Les experts ont, certes, pris en considération les douleurs cervicales déjà exprimées à l'époque par l'assurée (cf. rapport p. 3) et les nombreuses pauses jusqu'à deux heures par jour qu'ils considèrent nécessaires dans le cadre d'une activité adaptée permettent également de ménager la nuque. De son côté, le Dr W._____ a tenu compte de cette aggravation pour constater la contre-indication de toute activité nécessitant une bonne mobilité ou des mouvements extrêmes de la colonne cervicale, de même qu'une position statique ou des mouvements répétitifs de la colonne cervicale (cf. avis SMR du 7 novembre 2016). Il n'en reste pas moins qu'un nouvel examen

clinique, par un expert, était nécessaire pour constater d'éventuelles limitations fonctionnelles plus importantes encore que celles admises par le Dr W._____, voire une capacité de travail inférieure à 75 %, compte tenu de l'évolution des atteintes arthrosiques de la colonne cervicale. De même, il faut relever que dans son avis du 7 novembre 2016, le Dr W._____ constate, sur la base du rapport médical du Dr F._____ du 21 juin 2016, une augmentation des gonalgies en fonction de la charge et de la marche, celles-ci étant liées à des troubles cartilagineux importants. En comparant la situation avec celle prévalant lors de l'examen à [...], lequel avait révélé la présence de douleurs en fin d'extension du genou droit et la présence de signes d'atteinte méniscale aux deux genoux, il retient de nouvelles limitations fonctionnelles (marche et station debout limitée à 20 minutes, pas d'utilisation d'escabeaux, d'échelles ou d'échafaudages, ni de travail à genoux ou accroupi), relevant toutefois que le dossier ne contient aucune imagerie à ce sujet. Un complément d'instruction apparaît par conséquent également justifié compte tenu de la problématique des genoux.

L'instruction s'avérant lacunaire, la cause sera donc renvoyée à l'intimé pour qu'il ordonne une nouvelle expertise pluridisciplinaire, conformément à l'art. 44 LPGA, relative à la capacité résiduelle de travail de la recourante pour la période postérieure au mois de mai 2015. Pour la période courant jusqu'au mois de mai 2015, en revanche, il convient de tenir pour établie la capacité résiduelle de travail constatée par les médecins du J._____ et le Dr W._____.

d) La recourante critique, enfin, la comparaison des revenus effectuée par l'intimé.

Sur la base de la capacité résiduelle de travail retenue, l'OAI a procédé à une comparaison des gains avec et sans invalidité pour l'année 2012, date de la nouvelle demande de prestations, ainsi que pour 2015, compte tenu de l'augmentation des limitations fonctionnelles reconnues par le Dr W._____. Etant donné l'issue de la présente procédure, l'OAI devra, à l'issue de l'instruction complémentaire, effectuer une nouvelle

comparaison des revenus en relation avec l'aggravation de l'état de santé intervenu depuis 2015. Il y a en revanche lieu d'examiner le calcul du taux d'invalidité pour la période antérieure à mai 2015.

aa) Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; cf. TF 9C_725/2015 du 5 avril 2016 consid. 4.1). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (éditée par l'Office fédéral de la statistique [OFS]) ou sur les données salariales ressortant aux descriptifs des postes de travail établies par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) (ATF 139 V 592 consid. 2.3 ; 129 V 472 consid. 4.2.1 et références citées ; TF 9C_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 5.1). De même, lorsque la personne assurée n'exerçait pas d'activité lucrative avant la survenance de l'atteinte à la santé ou que le revenu sans invalidité ne pouvait pas être déterminé avec suffisamment de précision, le revenu hypothétique peut être évalué sur la base de l'ESS (TF 9C_260/2013 du 9 août 2013 consid. 4.2 et 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 4.4.2).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance possible du droit à la rente, respectivement de la modification possible du droit à la rente, les revenus avec et sans invalidité devant être déterminés par rapport à un même moment (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.2).

Selon la jurisprudence, le montant ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation); une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 135 V 297 consid. 5.2 in fine ; 134 V 322 consid. 5.2 et 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

bb) En l'occurrence, la recourante ne conteste pas, à juste titre, le revenu hypothétique sans invalidité fixé par l'intimé à 51'441 fr. 12. Elle soutient, en revanche, que le revenu d'invalidé constaté par l'intimé concerne des postes qui ne seraient pas compatibles avec son état de santé et qu'il surestime sa capacité résiduelle de gain.

Contrairement à ce que la recourante prétend, il n'y a pas lieu de douter qu'il existe dans le domaine industriel léger, de même que dans des postes de téléphoniste-réceptionniste, un grand nombre d'emplois compatibles avec ses limitations fonctionnelles et son besoin de pauses, étant rappelé que la diminution de sa capacité de travail à 75 % a précisément pour but qu'elle puisse aménager ces pauses jusqu'à deux heures dans la journée. Pour le surplus, on peut renvoyer à la fiche d'examen du service de réadaptation de l'OAI du 7 avril 2017, qui détaille le caractère adéquat des postes précités.

La recourante fait en outre valoir qu'en plus des nombreuses limitations fonctionnelles qu'elle subit, son âge, l'absence de CFC ou d'autre diplôme reconnu en Suisse, le fait qu'elle n'a jamais travaillé dans ce pays, de même que sa maîtrise très imparfaite du français, constituent des handicaps sérieux sur le marché de l'emploi. Ces arguments sont en partie fondés. On observera toutefois qu'une grande partie des circonstances qu'elle allègue l'aurait entravée dans ses perspectives de gain indépendamment de toute atteinte à la santé. Dans la mesure où il n'en a pas été tenu compte pour établir le revenu hypothétique sans

invalidité au moyen de l'ESS, on ne saurait les prendre en considération pour établir le revenu d'invalidité. Cela étant, les limitations fonctionnelles dues au handicap sont en l'espèce particulièrement importantes - même sans tenir compte des nouvelles limitations constatées par le Dr W._____ en raison de l'évolution postérieure au mois de mai 2015. Celles-ci justifient de procéder à une déduction de 10 % sur le salaire statistique, si bien que le revenu d'invalidité se monte en définitive à 34'722 fr. 75, pour un taux d'occupation de 75 %. Cela entraîne une augmentation du taux d'invalidité par rapport à celui constaté par l'intimé pour la période courant jusqu'en mai 2015, celui-ci passant à 32,5 %, mais demeure inférieur au taux de 40 % ouvrant le droit à une rente d'invalidité.

5. a) Il convient donc de rejeter le recours en tant qu'il porte sur le droit à la rente pour la période courant jusqu'à mai 2015, mais d'annuler la décision litigieuse en tant qu'elle porte sur le droit aux prestations postérieurement au 31 mai 2015 et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision sur le droit aux prestations dès le 1^{er} juin 2015.

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 frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'office intimé.

c) Par ailleurs, la recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance du Centre social protestant, a droit à des dépens, qu'il convient de fixer à 1'800 fr. (art. 61 let. g LPGA, art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]) et de mettre à la charge de l'intimé.

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

- I. Le recours est partiellement admis.

- II. La décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 15 novembre 2016 est confirmée en tant qu'elle porte sur le droit aux prestations de la recourante pour la période courant jusqu'au 31 mai 2015 et annulée en tant qu'elle porte sur son droit aux prestations dès le 1^{er} juin 2015, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante une indemnité de 1'800 fr. (mille huit cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

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

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :