

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 novembre 2018

Composition : Mme PASCHE, présidente
 Mme Brélaz Braillard et M. Piguet, juges
Greffière : Mme Raetz

* * * * *

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourante, représentée par Me Christine Raptis, avocate
à Morges,

et

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

Art. 6 ss LPGA ; 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], titulaire d'un CFC de décoratrice-étalagiste, a exercé ce métier jusqu'à la naissance de sa fille, en [...]. Elle a par la suite débuté une activité à 80 % en tant qu'accueillante en milieu familial de 2009 à septembre 2011, puis a été employée par SS._____ pour effectuer des travaux de rénovation dans un tea-room avec, à la clé, un contrat de travail en qualité de gérante et serveuse à 80 %. Elle a été licenciée au 31 mars 2012.

Le 6 juillet 2012, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en faisant notamment état d'une discopathie dégénérative de L4, L5 et S1.

Le 12 juillet 2012, l'assureur perte de gain a transmis à l'OAI un rapport du 28 mars 2012 des Drs M._____ et X._____, médecins au Service de neurochirurgie du V._____, relevant que la patiente souffrait depuis l'âge de vingt ans de lombalgies chroniques et que les douleurs étaient devenues plus importantes depuis septembre 2011. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) réalisée en décembre 2011 avait mis en évidence un spondylolisthésis de grade II L5/S1 avec discopathie dégénérative L5/S1 et L4/L5. Une chirurgie allait être agendée.

Le 26 juillet 2012, en réponse à l'OAI, l'assurée a informé que sans atteinte à la santé, elle exercerait une activité à un taux de 80 %.

Dans un rapport à l'OAI du 12 septembre 2012, la Dresse P._____, spécialiste en médecine préventive et santé publique, et médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics de discopathie dégénérative L4-S1, de pincement discal L4-L5 et d'antélisthésis de grade II en L5-S1, mis en évidence en décembre 2011. Elle a attesté une incapacité totale de travail depuis le 5 mars 2012. Elle a notamment joint

le rapport d'IRM lombaire du 15 décembre 2011 susmentionné, lequel concluait à ce qui suit :

« Discopathie dégénérative de L4 à S1.

En L4-L5, il existe un pincement discal, un bombement circonférentiel d'allure herniaire en position para-médiane droite. Ce bombement entre en conflit modéré avec l'émergence de la racine L5 droite qu'il refoule postérieurement. Les trous de conjugaison L4-L5 sont libres.

En L5-S1, dans le contexte d'antélisthésis de grade I à II, on observe un net pincement discal et un bombement circonférentiel avec fracture annulaire médiane, para-médiane gauche. Pas de hernie significative. Net rétrécissement des trous de conjugaison en rapport avec l'antélisthésis et le bombement discal. A ces niveaux, les racines sont pincées, de manière relativement symétriques. »

Le 30 octobre 2012, l'assurée a été opérée par le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur aux PP._____. Elle a bénéficié d'une spondylodèse L4-S1, avec fusion intersomatique transforaminale L4-L5 avec cage intersomatique (cf. compte-rendu opératoire du 1^{er} novembre 2012).

Dans un rapport du 27 février 2013 à l'OAI, la Dresse P._____ a retenu les diagnostics de lysthésis displasique L5-S1 de deuxième degré, de sténose foraminale serrée, de dégénérescence discale L4-L5, ainsi que de rétrolisthésis L4-L5 et L3-L4. L'incapacité de travail était totale du 24 juillet au 28 octobre 2012 dans l'activité habituelle de décoratrice. Le pronostic était favorable après l'opération et l'activité pouvait être reprise à 50 %, sans réduction de rendement.

Dans un rapport à l'OAI du 3 avril 2013, le Dr K._____ a posé les diagnostics de lombalgies et de spondylolisthésis L5-S1. Selon lui, la capacité de travail dans la dernière activité exercée était actuellement nulle. Il ne s'est pas prononcé quant à une éventuelle reprise du travail ou l'exercice d'une activité adaptée, au motif qu'il existait des douleurs neurogènes post-opératoires actuellement en investigation. Le Dr K._____ a notamment joint un rapport du 25 mars 2013 de la Dresse Q._____, radiologue, établi à la suite de radiographies de la colonne lombaire, concluant à un status après spondylodèse L4-S1 avec probable

prothèse discale L4-L5, antélisthésis L5-S1 de grade I et important pincement intersomatique L5-S1.

Le 22 août 2013, le Dr BB._____, spécialiste en neurochirurgie, a informé la Dresse P._____ que la patiente était toujours très gênée avec des lombalgies, des douleurs radiculaires L5 bilatérales, extrêmement mécaniques, invalidantes. Le résultat de l'opération était loin d'être favorable et le retentissement fonctionnel majeur. Le Dr BB._____ a estimé que le problème était lié au matériel d'ostéosynthèse, qui générait des phénomènes inflammatoires. Selon le spécialiste, il fallait s'orienter vers l'ablation de celui-ci.

Par courrier du 26 septembre 2013, le Dr H._____, neurochirurgien, a adressé l'assurée au Centre d'antalgie de l'Hôpital de [...]. Il a relevé que depuis l'opération, la patiente décrivait une irradiation douloureuse dans les deux membres inférieurs avec un caractère de douleurs neuropathiques, des brûlures associées à des fourmillements et des décharges électriques, ainsi que des douleurs récidivantes au niveau lombaire aux alentours du matériel d'ostéosynthèse, pratiquement invivables pour la patiente. L'électromyographie effectuée par le Dr LL._____, neurologue, avait mis en évidence des signes de radiculopathie L5 sans signe de dénervation chronique. Les différents examens radiologiques n'avaient pas montré de compression radiculaire résiduelle. Le Dr H._____ a estimé qu'il n'y avait pas lieu d'enlever le matériel d'ostéosynthèse, la greffe n'étant d'ailleurs pas encore totalement solide.

Le 30 janvier 2014, une enquête économique sur le ménage a été effectuée au domicile de l'assurée. Dans un rapport du même jour, l'enquêtrice a fixé un statut d'active à 80 % et de ménagère à 20 %. Elle a retenu des empêchements pour les tâches liées à l'alimentation, à l'entretien du logement, aux courses, à la lessive et aux soins à sa fille. Après pondération, elle a conclu à un degré d'invalidité de 32,70 % pour la part ménagère. L'enquêtrice a ajouté que l'assurée expérimentait actuellement la pose d'un neurostimulateur en raison des douleurs. Celui-

ci serait implanté sous la peau en cas de résultats concluants. Selon l'enquêtrice, une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée paraissait impossible à l'heure actuelle.

Le 21 février 2014, le Dr T._____, médecin-chef au Centre d'antalgie de l'Hôpital de [...], a informé l'OAI que l'assurée souffrait de douleurs à caractère neurogène dans le cadre d'un « failed back surgery syndrom ». L'évolution était encore relativement récente depuis la spondylodèse, mais les traitements habituels et la physiothérapie demeuraient sans effet. La stimulation médullaire s'était révélée négative, de sorte qu'un implant définitif n'avait pas été posé. Il a renoncé à se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée, mais a indiqué qu'il lui « semblerait juste que l'AI se penche sur le problème dans l'idée d'une reconversion pour un métier épargnant clairement le dos de cette patiente, cette alternative semblant plus réaliste et favorable que d'aller déjà ce jour vers la possibilité d'une rente ».

Par avis médical du 25 avril 2014, le Dr R._____, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a préconisé la mise en œuvre d'une expertise orthopédique.

L'OAI a confié la réalisation d'une telle expertise au Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a examiné l'assurée le 15 juillet 2014. Dans un rapport du 18 juillet 2014, l'expert a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de déséquilibre rachidien dans le plan sagittal dans le cadre d'un rachis de type II (« dos plat ») sur status post-spondylodèse L4/L5/S1/S2 instrumentée le 30 octobre 2013, et de status post-spondylolisthésis L5/S1 de grade II (diagnostic posé à l'IRM du 15 décembre 2011). La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de serveuse, mais totale depuis le 1^{er} mars 2013 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Il s'agissait d'éviter le port de charges de plus de 5 kg fréquent ou répétitif, de marcher longtemps, de garder la même posture debout ou assis plus de 30 ou 60 minutes, de

travailler dans une position instable, et d'effectuer des mouvements répétitifs des membres inférieurs (machine à commande à pied).

Dans un rapport SMR du 29 juillet 2014, le Dr R._____ a retenu comme atteinte principale à la santé des lombosciatalgies chroniques sur discopathies étagées et après arthrodèse L5-S1 pour spondylolysthésis. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et entière depuis le 1^{er} mars 2013 dans une activité sans port de charges de plus de 5 kg, sans porte-à-faux, et avec alternance des positions.

Dans un rapport à l'OAI du 16 avril 2015, le Dr D._____, psychiatre à l'Hôpital de [...], a informé suivre la patiente depuis le 3 novembre 2014. Il a posé les diagnostics de réaction à un facteur de stress important, perturbation mixte des émotions et des conduites (F43.25), de difficultés avec l'emploi/chômage (Z56), de séparation/divorce (Z63.5), de difficultés liées à l'enfance malheureuse (Z61), ainsi que de douleurs chroniques du dos et des jambes. Il a expliqué ne pas avoir établi de certificat d'incapacité de travail. Par ailleurs, il ne pouvait pas s'exprimer sur les limitations fonctionnelles sur le plan psychique au vu des importantes limitations physiques, lesquelles étaient dominantes dans le tableau clinique. A la question de savoir à quel rythme une activité professionnelle était encore possible, il a répondu que cela ne serait jamais plus qu'un temps partiel.

Par avis médical du 10 août 2015, le Dr J._____, médecin au SMR, a relevé que la souffrance psychologique n'atteignait pas une intensité telle qu'elle puisse modifier le taux de capacité de travail exigible retenu dans le rapport SMR du 29 juillet 2014.

Par projet de décision du 7 octobre 2015, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de rejeter sa demande de rente d'invalidité. Il a expliqué que sans atteinte à la santé, elle continuerait à exercer son activité habituelle à 80 % et que les 20 % restants correspondaient aux travaux habituels du ménage. Pour sa part active de 80 %, l'exercice

d'une activité adaptée, par exemple une activité de production légère à l'établi, de conditionnement léger ou d'aide de bureau, était encore exigible. La comparaison entre le revenu qu'elle pourrait obtenir sans invalidité (45'666 fr. à 80 %) et celui qu'elle pouvait réaliser avec l'invalidité (41'440 fr. 97 à 80 %) aboutissait à un degré d'invalidité de 9,25 % pour la part active. L'empêchement dans la tenue du ménage était quant à lui de 32,70 %. L'invalidité globale s'élevait ainsi à 13,94 % ($[80 \% \times 9,25 \%] + [20 \% \times 32,70 \%]$), taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

Le 7 octobre 2015, l'assurée a transmis à l'OAI les pièces suivantes :

- un rapport du 24 juin 2015 du Dr LL._____, adressé à la Dresse P._____, retenant les diagnostics de probable radiculopathie L5 axonale modérée bilatérale à prédominance gauche se manifestant par des douleurs neuropathiques invalidantes des jambes et pieds, de probables légers troubles fonctionnels moteurs surajoutés, de lombalgies chroniques, ainsi que de fixation L4-S1 le 30 octobre 2012. Il a prescrit la prise de Lyrica le matin ;
- un courrier du 26 juin 2015 du Dr FF._____, neurochirurgien, à la Dresse P._____, lui indiquant qu'il avait lu les rapports qu'elle lui avait transmis, et que le cas n'était pas clair pour lui, par manque de renseignements fiables ;
- des rapports du 6 juillet 2015 du Dr WW._____, radiologue, consécutifs à des examens du même jour, soit une IRM lombaire, concluant à un bilan comparable à celui du 8 juillet 2013, et des radiographies de la colonne lombaire, constatant par rapport au précédent examen uniquement un aspect un peu plus marqué de la scoliose sinistro-convexe dorso-lombaire.

Le 15 janvier 2016, l'assurée a communiqué à l'OAI qu'elle avait sollicité une deuxième expertise. Le Dr S._____ avait refusé de se

prononcer sur ses mollets et ses pieds, alors que ces problèmes étaient liés aux atteintes au dos. La première opération en 2012 n'avait pas amélioré ses maux, et ceux-ci se prolongeaient maintenant dans le haut du dos par compensation, ainsi que dans le bas des jambes et des pieds, nécessitant une médication beaucoup plus importante qu'avant l'opération. Elle a notamment transmis un courriel du 14 janvier 2016 de la Dresse P._____, selon lequel les symptômes aux jambes avaient une origine au niveau du siège de l'opération de la colonne, raison pour laquelle c'était un neurochirurgien du CC._____ à [...] qui devait l'examiner, ainsi qu'un courrier non daté de la Dresse P._____, demandant au CC._____ à [...] de fournir un avis concernant la nécessité d'une nouvelle chirurgie et une expertise dans le cadre de l'AI.

Par avis médical du 26 avril 2016, le Dr J._____ du SMR a relevé que les documents transmis par l'assurée n'étaient pas de nature à invalider les conclusions du rapport SMR du 29 juillet 2014.

Par décision du 27 juin 2016, l'OAI a confirmé le refus d'octroi d'une rente.

B. Par acte du 26 août 2016, F._____, désormais représentée par Me Christine Raptis, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants, soit l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Elle a fait valoir que dans le cadre de son expertise, le Dr S._____ n'avait pas tenu compte des atteintes aux membres inférieurs dont elle souffrait depuis l'opération, ni de sa lourde médication, laquelle provoquait des somnolences importantes et des pertes de concentration. Il était irréaliste de préconiser une reprise du travail à 100 % dans de telles conditions. L'expertise était en outre partielle, et comportait des contradictions sur certains points et par rapport aux autres documents médicaux au dossier. La recourante a encore critiqué les exemples d'activités cités par l'OAI dans sa décision, estimant qu'elles n'étaient pas adaptées à son état de santé. En annexe, elle a notamment transmis les pièces suivantes :

- un rapport du 14 mars 2013 établi par le Dr LL. _____ à la suite d'une électroneuromyographie, concluant à une possible radiculopathie L5 modérée bilatérale à prédominance gauche ;
- un rapport du 26 juin 2014 du Dr T. _____, selon lequel deux électrodes de stimulation médullaire test avaient été mises en place le 24 janvier 2014, puis, s'étant révélées relativement inefficaces, avaient fait l'objet d'une tentative de repositionnement, sans grand succès ; la stimulation test avait donc clairement été un échec ;
- un rapport du 28 septembre 2015 du Dr K. _____, relevant qu'il avait vu la patiente pour la dernière fois à la fin du mois de mars 2013, que les douleurs s'expliquaient par une sténose foraminale (sténose L5-S1), et que le handicap était bien réel, raison pour laquelle il avait proposé une révision chirurgicale des foramens ;
- une ordonnance du 2 décembre 2015 de la Dresse P. _____ listant la médication de sa patiente ;
- un rapport du 2 février 2016 du Dr GG. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au CC. _____ à [...], posant le diagnostic de syndrome de douleurs lombaires chroniques locales et rayonnant des deux côtés, dans le cadre d'un « failed low back surgery » ; il se demandait s'il y avait une instabilité, de même qu'une compression neurologique persistante dans la région L5-S1, laquelle pourrait expliquer les irradiations douloureuses dans les jambes, et attendait les résultats d'examens complémentaires avant de prendre position.

Par décision du 30 août 2016, la juge alors en charge de l'instruction a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 26 août 2016, soit l'exonération d'avances et des frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'office d'une avocate en la personne de Me Christine Raptis.

Dans sa réponse du 17 octobre 2016, l'OAI a proposé à la recourante de transmettre les pièces médicales postérieures au début de l'année 2016, en particulier les conclusions définitives du Dr GG._____. Il a joint un avis du 4 octobre 2016 du Dr J._____. du SMR, demandant la production de ces documents.

Par réplique du 9 décembre 2016, la recourante a maintenu sa position, se fondant notamment sur les documents qu'elle a produits, soit un rapport du 15 février 2016 du Dr GG._____, selon lequel l'origine des douleurs n'était pas claire, malgré les examens neurologiques complémentaires. Etait également annexé un rapport du 17 novembre 2016 du Dr D._____, relevant qu'il existait une symptomatologie anxieuse de plus en plus importante à côté des symptômes dépressifs, et que la combinaison des problèmes psychiques, de dos et des jambes aboutissait à un état d'invalidité devant être considéré comme grave. Il estimait que la capacité de travail actuelle était nulle. La recourante a encore joint un rapport du 7 novembre 2016 de la Dresse HH._____, nouveau médecin généraliste traitant, faisant notamment état de douleurs invalidantes diminuées légèrement par les médicaments, lesquels entraînaient des effets indésirables importants, avant de conclure à une incapacité totale de travail.

Par duplique du 9 février 2017, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Il s'est référé à l'avis du 16 janvier 2017 du Dr J._____. du SMR, joint en annexe, lequel relevait que les documents médicaux transmis n'apportaient aucun élément diagnostique ou fonctionnel qui conduirait à contester les conclusions du rapport SMR du 29 juillet 2014, étant précisé qu'une éventuelle aggravation de l'état psychique était postérieure à la date de la décision attaquée.

Par déterminations du 23 mai 2017, la recourante a critiqué l'appréciation du Dr J._____. Elle a produit des ordonnances établies par la Dresse HH._____. du 4 octobre 2016 au 7 février 2017 listant ses

médicaments, ainsi qu'un rapport du 11 janvier 2017 du Dr ZZ._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, posant les diagnostics de lombalgies chroniques, de douleurs neuropathiques L5 bilatérales et de status post-décompression/spondylodèse L4-L5 en 2012. Il relevait une sténose foraminale résiduelle en L5-S1. Il proposait de demander l'avis d'un spécialiste quant à une stimulation médullaire.

Le 12 juin 2017, l'intimé a confirmé sa position en se fondant sur l'avis du 7 juin 2017 du Dr J._____ du SMR, annexé, réitérant ses conclusions précédentes.

C. La juge en charge de l'instruction a ordonné une expertise judiciaire pluridisciplinaire, avec examens aux plans orthopédique, neurologique et psychiatrique, confiée à la N._____ (ci-après : N._____). Dans ce cadre, la recourante a produit des clés USB contenant les résultats d'une IRM réalisée le 6 juillet 2015 et plusieurs autres documents d'imagerie médicale. L'assurée a été examinée le 27 février 2018 par la Dresse B._____, spécialiste en médecine interne générale, le 13 mars 2018 par le Dr W._____, psychiatre, le 23 mars 2018 par le Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et les 19 avril et 9 mai 2018 par le Dr G._____, neurologue.

Dans un rapport du 26 juin 2018, les Drs B._____, W._____ et DD._____, spécialiste en médecine interne générale, ont retenu, sur la base des rapports des spécialistes susmentionnés, le diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de lombalgies chroniques sans troubles neurologiques objectivables après spondylodèse L4-S1 pour spondylolisthésis L5-S1 du deuxième degré et discopathie L4-L5 modérée, massive L5-S1 en 2012. La capacité de travail était nulle depuis 2012 dans l'activité de décoratrice-étalagiste. Dans une activité adaptée, elle s'élevait à 75 % avec un rendement normal, ou à 100 % avec un rendement diminué de 25 %. Cette appréciation valait depuis début 2018, où la situation avait évolué de manière favorable au plan psychiatrique et

avec une évolution stable des lombalgies. Il était difficile de se prononcer précisément sur une capacité de travail dans une activité adaptée de manière rétrospective. S'agissant des limitations fonctionnelles, l'assurée ne pouvait pas effectuer d'activité répétitive nécessitant un mouvement du rachis lombaire dans le plan frontal, sagittal ou rotatoire, d'activité en position debout, avec déplacements répétés, prolongés, ou avec un port de charge supérieure à 5 kg. Une activité adaptée était une activité assise ou semi-assise, avec des déplacements occasionnels et un port de charge de 5 kg au maximum. Sur le plan psychique, le diagnostic de troubles de l'adaptation avec réaction mixte anxiodépressive n'avait aucun effet sur la capacité de travail. Etaient annexés les rapports des 16 mars 2018 du Dr W._____, du 4 avril 2018 du Dr C._____, et du 14 mai 2018 du Dr G._____.

Par déterminations du 9 août 2018, l'OAI a à nouveau proposé le rejet du recours. Il a relevé qu'en 2013, le revenu réalisable à 75 % dans une activité adaptée se chiffrait à 38'850 fr. 90. En le comparant au revenu qui pourrait être obtenu sans atteinte à la santé à 80 %, soit 45'666 fr., le degré d'invalidité pour la part active s'élevait à 11,94 % après pondération. L'ajout des empêchements au ménage, pondérés en fonction du taux d'occupation à ces tâches de 20 %, soit 6,54 %, aboutissait à un degré d'invalidité de 18,48 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

Par déterminations des 18 septembre et 11 octobre 2018, la recourante a soutenu que selon l'expertise judiciaire, sa capacité résiduelle de travail à 75 % avait débuté en janvier 2018. En d'autres termes, sa capacité de travail était nulle avant 2018, de sorte qu'elle avait droit à une rente entière jusqu'au 31 décembre 2017. Pour la suite, avec la méthode mixte, le revenu sans invalidité devait être pris en compte à 100 % et non à 80 %, et s'élevait ainsi à 57'082 fr. 50. S'agissant du revenu avec invalidité, un abattement de 25 % sur le salaire statistique se justifiait au vu du fait qu'elle n'avait aucune expérience dans le domaine du travail de bureau. Selon le document « salarium - calculateur individuel de salaires 2014 » de l'Office fédéral de la statistique qu'elle a produit en

annexe, une employée de type administratif, sans fonction de cadre et sans formation professionnelle complète, pourrait obtenir un salaire mensuel minimum de 3'487 fr., soit 31'383 fr. par année à 75 %, sans déduction. La perte de gain se monterait ainsi à 25'699 fr. 50, à savoir un taux d'invalidité de 45,02 % pour la part lucrative. Concernant la part ménagère, le chiffre établi par l'OAI était admis. Après pondération, le taux d'invalidité serait donc d'un minimum de 42,55 %, ouvrant le droit à une rente.

Le 12 octobre 2018, Me Raptis a produit la liste de ses opérations.

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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes d'été (art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 1 LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, ATF 125 V 413 consid. 2c).

b) Le présent litige a trait au droit de la recourante à une rente d'invalidité et porte singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 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.

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, 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 (let. a), s'il a présenté une

incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c). 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 (art. 16 LPGA).

b) Chez les assurés n'exerçant que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA). Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question. L'invalidité totale de la personne assurée résultera de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines (ATF 130 V 393 consid. 3.3). C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2017 ; également ATF 137 V 334 et 131 V 51 consid. 5.1.2). Au vu de la date de la décision litigieuse, soit le 27 juin 2016, les modifications du RAI relatives à la méthode mixte entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2018 ne sont pas pertinentes en l'espèce.

Pour l'évaluation de l'incapacité sur la part ménagère, selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des

empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 130 V 61 consid. 6.1 ; TF 9C_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.3 et les références).

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base 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 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).

d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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, ce qui est déterminant, c'est 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment 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_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3, 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 loc. cit., avec la jurisprudence citée).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge prendra en considération le fait que ces derniers peuvent être enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unissent à celui-ci ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

e) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2, deuxième phrase, LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 127 V 294

consid. 4c in fine et 102 V 165). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Le Tribunal fédéral a récemment retenu qu'il y a lieu d'appliquer à toutes les maladies psychiques, et en particulier aussi aux dépressions légères à moyennes, la procédure d'administration des preuves prévalant en matière de troubles douloureux sans substrat organique (troubles somatoformes douloureux) et de troubles psychosomatiques analogues, à savoir au moyen d'une grille d'indicateurs (ATF 143 V 418 et 143 V 409).

La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, et donc désormais de tout trouble psychique, suppose en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées.

Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles

doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (consid. 4.3 de l'arrêt cité).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés (consid. 4.4 de l'arrêt cité). Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (consid. 4.4 de l'arrêt cité).

4. En l'espèce, l'intimé retient que la recourante dispose d'une capacité de travail à temps partiel dans une activité adaptée depuis le 1^{er} mars 2013, ce que l'intéressée conteste.

Dans le cadre de la procédure de recours, la Cour de céans a mis en œuvre une expertise judiciaire pluridisciplinaire, confiée à la N._____.

Sur le plan somatique, les experts ont retenu comme unique diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail celui de lombalgies chroniques sans troubles neurologiques objectivables, après spondylodèse L4-S1 pour spondylolisthésis L5-S1 du deuxième degré et discopathie L4-L5 modérée, massive en L5-S1 en 2012. Ils ont estimé que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, mais qu'elle s'élevait à 75 % dans une activité adaptée, ou à 100 % avec un rendement diminué de 25 %. S'agissant des limitations fonctionnelles, ils ont relevé que l'assurée ne pouvait pas effectuer d'activité répétitive nécessitant un mouvement du rachis lombaire dans le plan frontal, sagittal ou rotatoire, d'activité en position debout, avec déplacements répétés, prolongés, ou avec un port de charge supérieure à 5 kg. Selon eux, une activité adaptée consistait en une activité assise ou semi-assise, avec des déplacements occasionnels et un port de charge de 5 kg au maximum. Ces limitations étaient justifiées par l'atteinte orthopédique uniquement. Du point de vue neurologique, il n'y avait pas d'affection significative justifiant la reconnaissance d'une quelconque incapacité de travail.

Le rapport d'expertise de la N._____, faisant suite à plusieurs examens de l'intéressée, sur les plans de médecine interne, orthopédique, neurologique et psychiatrique, a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse. Il tient notamment compte de l'appréciation des Drs S._____, GG._____ et ZZ._____. De plus, les plaintes de la recourante, englobant également celles ayant trait aux jambes, ont été détaillées et prises en considération. La description du contexte médical est claire. Les experts ont expliqué les différents éléments les ayant amenés à leurs conclusions, lesquelles sont bien motivées et convaincantes. Cette expertise remplit ainsi les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, de sorte qu'il convient de se rallier à ses conclusions. S'agissant de la date à partir de laquelle l'assurée a présenté une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée, les experts ont retenu le début de l'année 2018 - soit lorsque les premiers examens de l'intéressée par les experts ont eu lieu - en exposant qu'il y avait eu une évolution favorable au plan psychiatrique et stable au niveau des lombalgies. Ils ont ajouté qu'il était difficile de se

prononcer précisément sur la capacité de travail de manière rétrospective. Contrairement à ce que soutient la recourante, l'on ne saurait en déduire que jusqu'à la fin de l'année 2017, sa capacité de travail était nulle dans toute activité. En effet, selon l'expert psychiatre, l'atteinte au plan psychique n'a jamais entraîné d'incapacité de travail, ce depuis son apparition. Ainsi, cette atteinte ne peut justifier à elle seule une incapacité de travail antérieure à 2018. En outre, concernant les troubles au dos, les experts de la N._____ rejoignent en grande partie l'appréciation effectuée par le Dr S._____ dans son rapport d'expertise de 2014, lequel retenait une capacité de travail totale dans une activité adaptée depuis le 1^{er} mars 2013. La recourante a critiqué l'expertise du Dr S._____ en faisant notamment valoir qu'il n'avait pas tenu compte de ses atteintes aux membres inférieurs. Cependant, selon les experts de la N._____, qui ont dûment pris en considération ces troubles, ceux-ci n'ont aucun effet sur la capacité de travail. D'après les spécialistes de la N._____, il en va de même des effets secondaires de la médication de l'assurée. Le Dr R._____ du SMR s'est au demeurant rallié aux conclusions de l'expertise du Dr S._____, qui ne laisse pas apparaître une « partialité crasse », comme le soutient la recourante (cf. avis du 29 juillet 2014 du SMR). Les experts de la N._____ ont confirmé que l'assurée présentait une capacité de travail dans une activité adaptée. Il convient ainsi de conclure, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'elle a disposé d'une capacité de travail d'au moins 75 % dans une telle activité, ceci depuis le 1^{er} mars 2013.

Les autres rapports médicaux figurant au dossier ne sont pas de nature à remettre en cause les considérations qui précèdent. La Dresse P._____ a certes fait état d'une incapacité totale de travail depuis le 5 mars 2012 dans son rapport du 12 septembre 2012, mais pour cette période, une telle incapacité est admise. Par la suite, la Dresse P._____ a indiqué qu'une reprise d'une activité à 50 % était possible (cf. rapport du 27 février 2013). Par ailleurs, contrairement à ce que laisse entendre la recourante, le fait que le Dr BB._____ a mentionné, dans son rapport du 22 août 2013, que les douleurs de l'assurée étaient « invalidantes », ne permet pas de conclure à une invalidité au sens de l'AI. Il en va de même

des observations du Dr K._____ selon lesquelles « le handicap était bien réel » (cf. rapport du 28 septembre 2015). Toutes les atteintes de l'assurée ont été prises en compte par les experts, qui ont décrit des limitations fonctionnelles adaptées à son état de santé. Au demeurant, les Drs BB._____ et K._____ ne se sont pas prononcés sur la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée. Le 21 février 2014, le Dr T._____ a quant à lui renoncé à se déterminer sur la capacité de travail de la recourante, mais a expressément recommandé à l'OAI d'envisager une reconversion professionnelle dans un métier épargnant le dos plutôt que l'octroi d'une rente. L'exercice d'une activité adaptée lui semblait ainsi exigible. Par ailleurs, dans son rapport d'enquête économique sur le ménage du 30 janvier 2014, l'enquêtrice a certes évoqué qu'une capacité de travail totale dans une activité adaptée lui paraissait impossible, mais c'est la tâche du médecin que d'évaluer l'état de santé de l'assurée en rapport avec la capacité de travail. Les observations de l'enquêtrice ne permettent donc pas de remettre en cause les considérations susmentionnées. Enfin, même si la Dresse HH._____, médecin généraliste traitante de l'assurée, a retenu une incapacité totale de travail dans son rapport du 7 novembre 2016, elle n'a pas fait état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise judiciaire et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de cette dernière. Il en va de même des autres rapports médicaux des différents spécialistes figurant au dossier, lesquels ne se prononcent au demeurant pas sur la capacité de travail de l'assurée. Les douleurs dont souffre l'assurée, la problématique psychique, ainsi que sa médication, ont toutes été prises en compte par les experts de la N._____.

L'expert-psychiatre de la N._____ a ainsi retenu le diagnostic de troubles de l'adaptation avec réaction mixte, anxiodépressive. Il a expliqué que les symptômes étaient apparus en lien avec les douleurs et l'échec des thérapies entreprises, de sorte que l'on pouvait considérer l'état psychique comme réactionnel au tableau douloureux. Selon lui, l'intensité modérée de l'état dépressif et la fréquence très basse des pics d'angoisse faisaient considérer le trouble de l'adaptation comme peu

sévère et non invalidant. Il n'a ainsi pas retenu de limitation de la capacité de travail. L'assurée a d'ailleurs elle-même déclaré à l'expert que sans ses douleurs physiques, elle s'estimait théoriquement capable de travailler (cf. rapport du 16 mars 2018 du Dr W._____, p. 2). Les conclusions de l'expertise de la N._____ ne sont au demeurant pas remises en cause par les rapports du psychiatre traitant de l'assurée, le Dr D._____. Dans ses rapports, à côté de la problématique psychique, il met largement en avant les atteintes physiques de sa patiente. En particulier, le 16 avril 2015, il a renoncé à se déterminer sur les limitations fonctionnelles de l'assurée, au vu des importantes limitations physiques, précisant qu'elles étaient dominantes dans le tableau clinique. En outre, il ressort de son rapport du 17 novembre 2016 que c'est la combinaison des problèmes psychiques et somatiques qui l'amène à constater une incapacité totale de travail. Toutefois, tel que retenu plus haut, les atteintes somatiques de la recourante ne l'empêchent pas d'exercer une activité adaptée.

Il ressort de ce qui précède que l'OAI était fondé à retenir que la recourante dispose d'une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée depuis le 1^{er} mars 2013.

5. Il y a encore lieu d'examiner le préjudice économique subi par l'intéressée.

C'est à juste titre que l'OAI a retenu un statut d'active à 80 % et de ménagère à 20 %, selon les conclusions du rapport d'enquête économique sur le ménage du 30 janvier 2014 et les déclarations de l'assurée. Ceci implique l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (cf. art. 28a al. 3 LAI ; consid. 3b supra).

a) S'agissant de la part ménagère, il ressort du rapport d'enquête précité un taux d'empêchement de 32,70 %. Ce rapport, faisant suite à une visite au domicile de la recourante, a été établi en toute connaissance des empêchements découlant des diagnostics médicaux, ainsi qu'en fonction des indications de l'intéressée, notamment du fait qu'elle devait se faire aider par sa fille pour certaines tâches et qu'une

amie l'accompagnait pour effectuer ses courses en raison du port de charges. Ce rapport est en outre détaillé en ce qui concerne les différentes limitations. Le taux d'empêchement retenu, qui a au demeurant été admis par la recourante dans ses déterminations du 11 octobre 2018, doit ainsi être confirmé.

b) Pour la part active, l'assurée dispose d'une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée depuis le 1^{er} mars 2013 (cf. consid. 4 supra).

aa) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Cela signifie que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail – ce qui revient à l'assurance-chômage –, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 8C_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 4.2).

Pour établir le revenu que l'assuré pourrait réaliser malgré les atteintes à la santé dont il souffre (revenu d'invalide), la jurisprudence admet de se référer, à certaines conditions, aux données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS), lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3 et 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 8.2.2). En l'absence de formation professionnelle dans une telle activité, il convient de se référer au revenu mensuel brut (valeur centrale) pour une activité simple et répétitive dans l'économie privée, tous secteurs confondus (TFA U 240/99 du 7 août 2001 consid. 3c/cc). Par ailleurs, l'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives

salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidé est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 126 V 75).

Pour effectuer la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.2.1).

bb) En l'espèce, l'assurée a critiqué les exemples d'activités adaptées cités par l'OAI dans la décision litigieuse, en faisant valoir qu'ils ne correspondaient pas à son état de santé.

Toutefois, la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail de la recourante dans une activité adaptée est exigible. Le marché du travail offre un large éventail d'activités légères, dont on doit convenir qu'un certain nombre sont adaptées aux limitations de la recourante et accessibles sans aucune formation particulière. On peut citer, à l'instar de l'intimé, une activité d'employée de bureau. Dans son recours, l'assurée a contesté cet exemple, en soutenant que cela impliquait de longues heures assises, avant de s'y référer dans ses déterminations du 11 octobre 2018 pour calculer son revenu d'invalidé. Quoi qu'il en soit, les experts de la N._____ ont expressément retenu qu'une activité assise ou semi-assise était adaptée à son état de santé.

Le moment déterminant pour procéder à la comparaison des revenus est l'année 2013. Le salaire sans invalidité fixé par l'intimé (45'666 fr. à 80 %) ne prête pas flanc à la critique et doit être confirmé. Seul le taux retenu, à savoir 80 % et non 100 %, a été critiqué par la recourante. Or, les modifications du RAI relatives à la méthode mixte, qui prévoient notamment désormais que le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de l'activité lucrative exercée à temps partiel doit être extrapolé pour la même activité exercée à plein temps, sont entrées en vigueur le

1^{er} janvier 2018 (cf. art. 27bis al. 3 RAI). Au vu de la date de la décision litigieuse, soit le 27 juin 2016, cette nouvelle réglementation n'est pas pertinente en l'espèce. C'est donc à juste titre que l'OAI a retenu un revenu sans invalidité à 80 %.

S'agissant du salaire avec invalidité, en l'absence de revenu effectivement réalisé, l'OAI s'est basé sur les données résultant de l'ESS. Le salaire mensuel brut fixé par l'ESS 2012 pour les femmes effectuant une activité simple et répétitive dans le secteur privé s'élève à 4'112 fr., part au 13^{ème} salaire comprise (ESS 2012, TA1, niveau de qualification 1). Ce salaire doit être adapté compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à celle prévalant dans les entreprises en 2013, à savoir 41,7 heures (La Vie économique, tableau B 9.2). Le revenu d'invalidité s'élève ainsi à 4'286 fr. 76 par mois (4'112 fr. x 41,7 : 40 heures), correspondant à un montant de 51'441 fr. 12 par année. Ce revenu doit encore être adapté à l'évolution des salaires nominaux de 2012 à 2013, ce qui conduit à un gain annuel de 51'801 fr. 21 (+ 0,7 % [La Vie économique, tableau B 10.2]), soit 38'850 fr. 90 à 75 %. La recourante soutient qu'il y a lieu d'opérer une déduction de 25 % sur le revenu avec invalidité. Ce taux d'abattement correspond au maximum autorisé par la jurisprudence. Au vu de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce, notamment de l'âge de la recourante ([...] ans en 2013) et de ses limitations fonctionnelles, un taux de 25 % est largement excessif et n'a pas à être appliqué. Il n'y a en outre pas lieu de prendre en compte une déduction du fait de l'absence de formation professionnelle dans l'activité adaptée (cf. consid. 5b-aa supra).

La comparaison des revenus avec et sans invalidité aboutit à un degré d'invalidité, pour la part active, de 14,92 %.

Le taux d'invalidité global de l'assurée s'élève ainsi à 18,48 % ([80 % de part active x 14,92 %] + [20 % de part ménagère x 32,70 %]), inférieur au taux minimal de 40 % requis pour bénéficier d'une rente d'invalidité (cf. art. 28 al. 2 LAI).

Se fondant sur un document intitulé « salarium - calculateur individuel de salaires 2014 » de l'OFS, concernant une employée de type administratif, sans fonction de cadre et sans formation professionnelle complète, la recourante se prévaut d'un revenu avec invalidité de 31'383 fr. à 75 %. Quoiqu'il en soit, un calcul fondé sur les chiffres ressortant de ce document, rapportés à 2013, aboutit à un taux d'invalidité global inférieur à 40 %, et donc insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

c) Enfin, s'agissant de la nouvelle réglementation applicable dès le 1^{er} janvier 2018 aux personnes de statut mixte, il est loisible à la recourante de déposer une nouvelle demande de prestations auprès de l'intimé. D'après l'al. 2 des dispositions transitoires de la novelle du 1^{er} décembre 2017 modifiant le RAI, la personne assurée qui exerçait une activité lucrative à temps partiel et accomplissait par ailleurs des travaux habituels a la possibilité de déposer une nouvelle demande lorsque l'octroi d'une rente lui a été refusé avant l'entrée en vigueur de la modification du 1^{er} décembre 2017 compte tenu du taux d'invalidité retenu. L'office AI doit examiner cette demande s'il paraît vraisemblable que le calcul du taux d'invalidité conformément aux nouvelles règles applicables (art. 27bis al. 2 à 4 RAI) aboutira à la reconnaissance d'un droit à la rente (RO 2017 7582).

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

b) La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie

du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; RSV 211.02.3]).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que cette dernière est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a pour le surplus pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGGA).

La recourante bénéficie en outre, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'une avocate en la personne de Me Christine Raptis (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Cette dernière a communiqué le 12 octobre 2018 une liste de ses opérations, faisant état de 36 heures 5 de travail effectuées par ses soins, de 50 heures 20 réalisées par son avocat-stagiaire, ainsi que de 43 fr. 56 de débours, TVA comprise.

Il apparaît que le temps affecté à certains postes est excessif. Ainsi, Me Raptis a indiqué à quatre reprises avoir consacré 20 minutes à des courriers où elle s'est limitée à demander une prolongation de délai à la Cour de céans. Elle a de plus systématiquement attribué 10 minutes, voire même parfois 20 minutes, par lettre envoyée à sa cliente pour lui faire parvenir une copie des courriers qu'elle avait adressés le même jour à la Cour de céans ou des communications de cette dernière. Il se justifie dès lors de retrancher 6 heures à ce titre. De surcroît, les 4 heures 40 consacrées à la rédaction de la réponse, de même que les 3 heures 20 affectées à l'étude des rapports d'expertise semblent excessives. Il en va de même de la durée de 1 heure 20 indiquée pour l'élaboration des courtes déterminations du 18 septembre 2018, à laquelle a de plus encore

été ajoutée 1 heure 30 (cf. poste du 16 juillet 2018) pour leur rédaction, outre une conférence avec la cliente. Pour ces différentes opérations, totalisant 10 heures 50 de travail, 3 heures 10 doivent être supprimées, de sorte qu'une durée de 7 heures 40 sera retenue. Enfin, le temps affecté aux déterminations du 11 octobre 2018, soit un total de 6 heures 30, paraît aussi exagéré et doit être ramené à 3 heures. Il y a ainsi lieu de réduire le nombre d'heures de Me Raptis à 23 heures 25.

Concernant son avocat-stagiaire, les 33 heures 55 affectées à des opérations relatives à la rédaction du recours sont excessives. Même s'il est légitime qu'un avocat-stagiaire doive pouvoir se former, les heures ayant trait à sa stricte formation n'ont pas à être supportées par la cliente. Etant donné que Me Raptis a déjà comptabilisé 3 heures de travail pour le mémoire de recours, un total de 10 heures sera admis à ce titre pour son avocat-stagiaire. Il ne sera pas non plus tenu compte de l'intégralité des heures qu'il a effectuées dès le 26 août 2016. Tout d'abord, les 20 minutes consacrées à la rédaction d'une brève lettre à la Cour de céans accompagnant le recours ne seront pas prises en considération, car elles ont déjà été mentionnées en tant qu'activité effectuée par Me Raptis. En outre, les 20 minutes notées pour l'envoi à la cliente d'une copie du recours sont exagérées. La durée de 4 heures 10 inscrite au titre de recherches juridiques faisant suite à des déterminations de l'OAI, lesquelles avaient été communiquées à Me Raptis pour information, est également excessive. Il en va de même des 6 heures que l'avocat-stagiaire a consacrées à la rédaction d'un document comportant quinze questions destinées aux experts de la N._____, qui doivent être réduites à 1 heure 30. Enfin, on peut se demander si des « recherches RI » (15 minutes) et l'élaboration d'une lettre au A._____ de [...] (20 minutes) en juillet 2017 entrent réellement dans le cadre de la présente procédure, d'autant plus que l'assistance judiciaire avait été accordée une année auparavant. Ainsi, le nombre d'heures effectuées par l'avocat-stagiaire doit être diminué à 17 heures 15.

Partant, pour les années 2016 et 2017, il y a lieu de prendre en compte un total de 13 heures 25 effectuées par Me Raptis, au tarif horaire

de 180 fr., soit 2'415 francs. Pour cette période, les heures de travail de l'avocat-stagiaire sont ramenées à 17 heures 15 et rémunérées au tarif horaire de 110 fr., soit un montant de 1'897 fr. 50. A ces sommes s'ajoute la TVA de 8 % par 345 fr., pour un total de 4'657 fr. 50.

Concernant l'année 2018, les heures de travail réalisées par Me Raptis sont diminuées à 10 heures, pour un montant de 1'800 fr., plus la TVA de 7.7 % par 138 fr. 60, soit 1'938 fr. 60 au total.

Il y a encore lieu d'ajouter la somme de 43 fr. 55 de débours, comprenant déjà la TVA.

L'indemnité totale est donc arrêtée à 6'639 fr. 65 (4'657 fr. 50 + 1'938 fr. 60 + 43 fr. 55), débours et TVA compris.

**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 27 juin 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** L'indemnité d'office de Me Christine Raptis, conseil de la recourante, est arrêtée à 6'639 fr. 65 (six mille six cent trente-neuf francs et soixante-cinq centimes), débours et TVA compris.
- V.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD,

tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis provisoirement à la charge de l'Etat.

VI. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Christine Raptis (pour F. _____)
- 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 :