

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 mars 2021

Composition : M. NEU, président
MM. Bidiville et Peter, assesseurs
Greffière : Mme Guardia

Cause pendante entre :

Q._____, à [...], recourante, représentée par Me Séverin Tissot-Daguette, avocat au sein de Procap, à Bienne,

et

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

Art. 7, 8 al. 1 et 17 LPGA ; art. 4 al. 1 LAI ; art. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. **a)** Q._____, née en [...], originaire [...], mariée et mère d'un enfant né en [...], a travaillé en tant que femme de ménage pour l'entreprise [...], de 1994 au 31 mai 2002. Elle a rempli une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 6 juin 2002, tendant à l'octroi d'une rente.

Mandaté en qualité d'expert par l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé), le Dr [...], spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a examiné l'assurée le 19 mai 2003. Dans son rapport du 11 juin suivant, l'expert a retenu les diagnostics affectant la capacité de travail de cervicarthrose modérée prédominant aux étages C5-C6 et C6-C7, symptomatique depuis 1999, et de conflit sous-acromial avec tendinopathie du sus-épineux, existant depuis 2001, l'expertisée présentant également une arthrose acromio-claviculaire non-symptomatique sans répercussion sur la capacité de travail. Le Dr [...] a conclu à une capacité de travail complète dans l'activité de femme de ménage.

Dans un rapport du 14 octobre 2003, la Dre [...], médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR), a notamment indiqué que l'assurée présentait une cervicarthrose modérée, symptomatique, que les traitements n'avaient été que peu efficaces et que l'intéressée avait développé depuis 2001 un conflit sous-acromial droit.

Par décision du 20 octobre 2003, l'OAI a rejeté la demande de prestations, au motif que l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé diminuant de façon durable sa capacité de gain. Il a retenu que la capacité de travail de l'assurée était de 100 % dans son activité habituelle, compte tenu de ses limitations fonctionnelles, à savoir pas de travaux lourds et répétés au-dessus de la tête. Cette décision, qui n'a pas été contestée, est entrée en force.

b) Le 7 février 2006, Q._____ a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI.

Dans un courrier du 23 février 2006, l'OAI a fixé à l'assurée un délai de 30 jours pour rendre plausible une modification de son état de santé par des moyens pertinents, tels qu'un certificat médical décrivant et précisant la date de l'aggravation. Il était également précisé que si l'assurée ne donnait pas suite à cette demande ou si elle ne rendait pas plausible l'aggravation de son état de santé, l'OAI rendrait une décision de refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande.

Dans une correspondance du 14 mars 2006, le Dr Z._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a indiqué que cette dernière présentait des douleurs aux niveaux de l'épaule, de la nuque et de la colonne lombaire qui avaient augmenté depuis le début 2006, ainsi que des céphalées sur migraines ophtalmiques.

Le 3 avril 2006, le Dr [...], médecin auprès du SMR, a estimé que le certificat du Dr Z._____ ne faisait état que d'une aggravation subjective et qu'il n'y avait dès lors pas lieu d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations.

Dans une décision du 7 avril 2006, confirmée par décision sur opposition du 3 décembre 2007, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande au motif que l'assurée n'avait pas rendu vraisemblable une aggravation de son état de santé de nature à influencer le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

Par acte du 17 janvier 2008, l'assurée a recouru contre la décision susmentionnée, concluant à son annulation. Elle a produit un certificat du 8 janvier 2008 de la Dre G._____, spécialiste en médecine interne générale, attestant que, depuis 2003, date à laquelle une rente lui avait été refusée, l'état de santé de l'assurée ne s'était pas amélioré puisqu'elle présentait des douleurs, très invalidantes, malgré l'absence

d'aggravation notoire sur le plan purement rhumatologique. Le médecin estimait que sa patiente souffrait d'un état anxio-dépressif sous-jacent avec des crises de panique et préconisait ainsi une évaluation psychiatrique.

Dans sa réponse du 27 février 2008, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Par réplique du 22 août 2008, l'assurée a conclu à la réforme de la décision entreprise en ce sens qu'une rente d'invalidité d'un taux à fixer selon ce que justice dira lui soit allouée et, subsidiairement, à l'annulation de la décision attaquée, la cause étant renvoyée à l'OAI pour qu'il procède à une instruction complémentaire et rende une nouvelle décision. Elle a produit un rapport du 25 juin 2008 de la Dre G. _____ relevant que l'assurée se plaignait de cervico-brachialgies droites et de troubles digestifs pour lesquels les examens n'avaient rien montré de particulier.

Dans sa duplique du 16 septembre 2008, l'OAI a maintenu ses précédentes conclusions et conclu à l'irrecevabilité de celles prises par l'assurée au pied de sa réplique.

Par décision du 23 juin 2008, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours déposé par l'assurée au motif que celle-ci n'avait pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que son état de santé se serait aggravé depuis la décision du 20 octobre 2003.

B. Le 27 mars 2017, Q. _____ a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI, invoquant des douleurs aux bras, aux genoux et un diabète.

Par rapport du 6 avril 2017, la Dre G. _____ a posé le diagnostic d'état anxieux généralisé, de diabète de type II, d'hypertension artérielle, de gonarthrose gauche et de syndrome douloureux chronique.

Elle a expliqué que l'état anxieux de l'assurée s'était amplifié avec l'apparition de crises de panique et d'hyperventilation dans un contexte socio-familial difficile, que le diabète s'était également aggravé avec des variations du taux de sucre en cours de journée entraînant des malaises de type hypoglycémie et qu'au surplus, l'assurée présentait une gonarthrose à gauche, limitant ses déplacements et une stabilité des plaintes douloureuses notamment scapulo-humérale droite et cervicale. La Dre G. _____ a ainsi estimé que sa patiente présentait une incapacité de travail totale depuis plusieurs années.

Dans un rapport du 12 mai 2017, la Dre G. _____ a posé les diagnostics incapacitants d'état anxieux généralisé et de syndrome douloureux chronique existants depuis longtemps, de gonarthrose gauche existant depuis 2016 et de conflit sous-acromial existant depuis 2015. Une hypertension artérielle, un diabète de type II et une dyslipidémie étaient sans effet sur la capacité de travail. La médecin a précisé que sa patiente se plaignait de douleurs scapulo-humérale-cervicales et aux genoux. Elle estimait que l'assurée se trouvait en incapacité totale de travail dans son activité habituelle de nettoyeuse depuis de nombreuses années, considérait que le pronostic était sombre et retenait comme limitations fonctionnelles : pas de travaux nécessitant une station debout prolongée, de mouvements répétitifs de l'épaule ou de ports de charges. Lorsqu'elle a rempli le tableau du formulaire médical de l'OAI destiné à lister les limitations dues à l'état de santé de l'assurée, la médecin a retenu que sa patiente présentait une capacité de compréhension et une capacité d'adaptation limitées, sans apporter plus de précisions. La Dre G. _____ a joint à son rapport plusieurs documents soit notamment :

- un rapport du 22 mai 2015 du Dr A. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, chef de clinique adjoint auprès du [...], posant le diagnostic principal de gonarthrose gauche fémoro-tibiale interne et fémoro-patellaire décompensée et retenant comme antécédents et comorbidités une tendinopathie de la coiffe des rotateurs à droite, une fibromyalgie, un diabète de type II, une hypertension artérielle et une

hypercholestérolémie et retenant l'indication d'une prise en charge chirurgicale sous forme d'une arthroplastie laquelle était repoussée en raison du jeune âge de l'intéressée et surtout de sa réticence à cet égard ;

- un rapport du 6 avril 2016 du Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, chef de clinique auprès du [...], posant les diagnostics de gonarthrose varisante débutante du genou gauche ainsi que fémoro-patellaire et de début de gonarthrose fémoro-tibiale interne du genou droit et relevant l'évolution spontanément favorable des douleurs sous traitement de physiothérapie.

Lors d'un entretien téléphonique le 5 juillet 2017, le mari de l'assurée a indiqué à l'OAI que l'intéressée n'était pas suivie par un médecin-psychiatre.

Dans un avis du 11 décembre 2017, la Dre C._____, médecin auprès du SMR, a relevé que les gonalgies gauches sur gonarthrose pouvaient être responsables de limitations, que l'atteinte à l'épaule droite avait été prise en compte lors de l'examen de la première demande de prestations et que, concernant les autres atteintes invoquées - un état anxieux et un syndrome douloureux chronique -, celles-ci n'étaient ni documentées ni étayées de sorte qu'elles ne pouvaient être prises en considération.

Une enquête économique sur le ménage a été effectuée le 9 janvier 2018. Dans son rapport du 15 janvier 2017 [recte : 2018], l'enquêtrice a notamment retenu ce qui suit :

« 2.- Atteinte à la santé selon les indications de l'assuré (e)

La santé de l'assurée n'est pas bonne actuellement, selon ses propos. Elle n'a jamais pu retravailler depuis l'arrêt de son travail à l'hôpital ophtalmique, estimant être inapte du fait de sa santé. Elle ressent en effet de la fatigue liée à son diabète avec des malaises avec pertes de connaissance de manière inopinée. A droite, elle souffre d'une faiblesse généralisée et des douleurs de l'hémicorps, avec lâchage d'objets lorsqu'elle les saisit. Elle ressent beaucoup de

stress, de tristesse, ce qui est difficile pour elle. Elle a des douleurs dans les genoux, surtout à gauche, le médecin ne voulant pas l'opérer pour le moment car elle est trop jeune. Elle indique une fluctuation de son état l'empêchant d'assumer ses tâches domestiques certains jours.

L'assurée a été suivie par un psychiatre mais elle a stoppé car elle s'est énervée et qu'elle n'aime pas parler de sa tristesse ».

L'enquêtrice a reconnu à l'assurée un statut d'active à 100 %. Elle a constaté que celle-ci effectuait seule, parfois avec une aide de son mari ou de son fils, la grande majorité des tâches ménagères et a retenu une invalidité en tant que ménagère de 11.1 %.

Dans un avis du 3 février 2018, la Dre C. _____ a constaté que l'assurée présentait une incapacité de travail entière dans son activité habituelle de femme de ménage mais une pleine capacité dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de travaux lourds et répétés au-dessus de la tête, pas de marche prolongée ou de marche en terrain irrégulier, pas de montée/descente répétée d'escaliers, pas de position accroupie/agenouillée, pas de port de charges lourdes), ce depuis le début de l'année 2016.

Dans une communication du 28 août 2018, l'OAI a octroyé à l'assurée une mesure sous la forme d'une aide au placement. Il lui a également adressé un projet de décision du même jour refusant l'octroi d'une rente d'invalidité.

Dans un courrier reçu par l'OAI le 8 octobre 2018 et renvoyé signé le 12 octobre 2018, l'assurée a déclaré renoncer à bénéficier de la mesure d'aide au placement susmentionnée et a expliqué ne pas se sentir apte à reprendre une activité professionnelle en raison de son état de santé.

Par décision du 22 octobre 2018, l'OAI a refusé d'octroyer à l'assurée des mesures professionnelles et une rente d'invalidité. Il a considéré que l'assurée n'était plus en mesure d'exercer son activité habituelle de femme de ménage mais que, selon l'instruction médicale du dossier, elle disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité

adaptée à sa situation, tel un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, tenant compte de ses limitations fonctionnelles, à savoir : pas de travaux lourds et répétés au-dessus de la tête, pas de marche prolongée ou de marche en terrain irrégulier, pas de montée/descente répétée d'escalier, pas de position accroupie/agenouillée et pas de port de charges lourdes. En conséquence, le revenu avec atteinte à la santé auquel l'assurée pouvait prétendre compte tenu d'un taux d'abattement de 10 % tenant compte de ses limitations fonctionnelles et de son âge était supérieur à son revenu sans atteinte à la santé de femme de ménage de sorte qu'elle ne subissait aucun préjudice économique ouvrant le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

C. Par acte du 22 novembre 2018, Q._____, représentée par Me Séverin Tissot-Daguette, avocat au sein du Service juridique de Procap Suisse, a recouru contre la décision susmentionnée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal et conclu principalement à sa réforme en ce sens que des prestations lui soient allouées et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI. Elle a fait valoir que son atteinte psychiatrique ainsi que son diabète devaient être investigués.

Par réponse du 12 février 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Dans un écrit du 8 avril 2019, Q._____ a maintenu ses précédents griefs et conclusions.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un

recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. Le présent litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de la troisième demande de prestations qu'elle a déposée auprès de l'intimé le 27 mars 2017, plus précisément sur son droit à une rente de l'assurance-invalidité.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation

raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 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, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain

ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre.

Fondés sur l'art. 59 al. 2^{bis} LAI, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 RAI). De par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Ces rapports ne sont toutefois pas dénués de toute valeur probante et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de

manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées).

5. En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la troisième demande de prestations déposée par la recourante et a instruit sa situation médicale en requérant notamment des avis médicaux auprès de son médecin-traitant. Il convient dès lors d'examiner si, entre la dernière décision au fond entrée en force, du 20 octobre 2003, et la décision litigieuse, du 22 août 2018, l'état de santé de l'intéressée s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

a) Dans le cadre de l'examen de la première demande, l'OAI avait retenu que la recourante ne présentait pas d'atteinte à la santé diminuant sa capacité de gain. Il avait considéré qu'alors qu'elle souffrait d'une cervicarthrose et d'un conflit sous-acromial droit, la recourante disposait d'une capacité de travail entière dans son activité habituelle et a retenu comme limitations fonctionnelles : pas de travaux lourds et répétés au-dessus de la tête.

b) Aux termes de sa troisième demande, la recourante a notamment invoqué une gonarthrose gauche, un diabète et un conflit sous-acromial. La Dre G._____ a également posé les diagnostics d'état anxieux généralisé et de syndrome douloureux chronique.

aa) Sur le plan somatique, l'OAI a retenu une aggravation des atteintes de la recourante et admis que celle-ci ne disposait plus d'aucune capacité de travail dans son activité habituelle de femme de ménage. Se ralliant à l'avis de la Dre G._____, il a estimé que l'intéressée souffrait de gonalgies gauches sur gonarthrose et présentait les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travaux lourds et répétés au-dessus de la tête, pas de marche prolongée ou de marche en terrain irrégulier, pas de montée/descente répétée d'escalier, pas de position accroupie/agenouillée et pas de port de charges lourdes. C'est le lieu de relever que ces

nouvelles atteintes font l'objet de traitements conservateurs qui semblent permettre une évolution favorable et qu'une intervention chirurgicale - repoussée en l'état en raison de l'âge de l'intéressée et de ses réticences à cet égard - pourrait être de nature à améliorer encore la situation (rapports du 22 mai 2015 du Dr A._____ et du 6 avril 2016 du Dr J._____). Le diabète invoqué par la recourante a été reconnu par le médecin-traitant comme non invalidant (rapport du 12 mai 2017 de la Dre G._____). Quant au syndrome douloureux chronique, il n'a pas été documenté par la Dre G._____ - ni par le Dr A._____ qui évoquait une fibromyalgie comme comorbidité - et ne repose sur aucun constat médical objectif. Il ne semble de plus induire aucune limitation fonctionnelle supplémentaire à celles retenues par l'OAI en raison des autres atteintes à la santé reconnues.

bb) Sur le plan psychiatrique, la Dre G._____ évoque un état anxieux généralisé. A cet égard, il y a lieu de relever que 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. Cela étant, 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 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6 ; TF 9C_624/2015 du 9 décembre 2015 consid. 4). Or, il ne figure au dossier aucun diagnostic psychiatrique établi par un spécialiste selon des critères reconnus. En particulier, dans ses rapports, la Dre G._____ ne détaille pas en quoi consisterait cette atteinte et n'explique pas pour quelles raisons elle a posé un tel diagnostic. Il ressort au surplus du dossier qu'aucun suivi spécialisé n'a été mis en place et que la recourante ne reçoit pas non plus de traitement en lien avec une telle atteinte. En outre, dans son énumération des limitations fonctionnelles de la recourante, la Dre G._____ n'a évoqué que des restrictions d'ordre physique sans évoquer la moindre limitation psychiatrique. On constate enfin qu'à l'issue de son entretien avec l'intéressée et son mari, l'enquêtrice de l'OAI n'a émis aucune réserve quant à une éventuelle problématique psychiatrique de l'assurée.

cc) En définitive, force est de constater qu'aucun spécialiste n'évoque d'incapacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles telles que retenues par l'intimé. La Dre G. _____ qui semble considérer que l'incapacité de travail serait totale dans toute activité ne donne aucune explication à cet égard de sorte que son appréciation ne paraît reposer sur aucun élément médical objectif. Cette évaluation doit au demeurant être prise en considération avec prudence, celle-ci émanant d'un médecin traitant enclin à toute l'empathie qu'il se doit d'avoir envers son patient.

d) Il ressort ainsi des éléments au dossier que l'état de santé physique de la recourante s'est aggravé depuis la première décision de refus rendue par l'OAI. Sur cette base, l'intimé a procédé au calcul du degré d'invalidité de la recourante. Contrôlé d'office, ce calcul ne prête pas le flanc à la critique. A cet égard, on relève qu'au vu du large éventail d'activités simples et répétitives - qui correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées - que recouvre le marché du travail, il y a lieu d'admettre qu'un nombre significatif d'entre elles, ne nécessitant aucune formation spécifique, est adapté aux limitations fonctionnelles de la recourante. A titre d'exemple, on peut citer des tâches simples de surveillance, de vérification ou de contrôle (TF 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.3). Le taux d'abattement de 10 % appliqué par l'OAI en raison de l'âge et de la situation personnelle de l'intéressée n'est pas contesté et ne paraît pas critiquable dans la mesure où il tient suffisamment compte des limitations fonctionnelles de la recourante.

e) En définitive, c'est à juste titre que l'intimé a retenu une capacité de travail de la recourante de 100 % dans une activité adaptée, tenant compte de ses limitations sur le plan somatique, et constaté que l'intéressée ne présentait dès lors pas d'invalidité au sens de la loi.

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

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

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

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 22 août 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Séverin Tissot-Daguette (pour Q. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,

- Office fédéral des assurances sociales,

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 :