

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 mars 2013

Présidence de Mme THALMANN
Juges : M. Merz, juge, et M. Monod, assesseur
Greffier : M. d'Eggis

Cause pendante entre :

R. _____, à Lonay, recourante, représentée par Me Dominique-Anne Kirchhofer, avocate à Morges,

et

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

Art. 6, 7, 8, 17 LPGA; 4, 28 LAI

E n f a i t :

A. R._____, née le 25 juin 1956, mariée et mère de deux enfants nés en 1975 et 1976, a déposé le 12 avril 2006 une demande de prestations AI pour adultes en invoquant une hernie cervicale engendrant des douleurs permanentes. Dans un complément à la demande signé le 22 mai 2006, l'assurée a précisé que, si elle était en bonne santé, elle travaillerait comme vendeuse non alimentaire à 80% par nécessité financière.

Selon le questionnaire à l'employeur du 23 mai 2006, en l'occurrence [...], l'assurée a travaillé comme vendeuse non alimentaire du 1^{er} mai 1989 au 31 juillet 2006, à raison de 34 heures par semaine pour un salaire mensuel en 2006 de 3'026 fr. 05 treize fois l'an.

Dans un rapport médical établi le 6 juillet 2006 à l'intention de l'OAI, le Dr Q._____, spécialiste FMH en médecine interne, a indiqué notamment ce qui suit :

"A. Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail :

- Syndrome vertébral cervical récidivant évoluant vers une chronicité sous forme de tendomyose, de myogélose et de limitation de la motilité sur status après discectomie par voie antérieure C6-C7 pour cure de hernie discale avec syndrome cervico-brachial et radiculopathie C7 droite le 06.12.00, fusion post-opératoire des corps vertébraux C6-C7, péjoration d'une uncarthrose C5-C6 avec apparition d'un rétrécissement foraminaux gauche selon les IRM cervicales du 29.11.00 et du 04.12.05. Syndrome cervico-brachial gauche algique avec hyporéflexie tricipitale non déficitaire transitoire de mi-juillet 05 à mi-février 06. Discret syndrome cervico-brachial droit algique séquellaire.
- Scapuloalgie bilatérale sur tendomyogélose d'accompagnement.
- Récidive de céphalées tensionnelles actuellement avec composante d'accompagnement.

La récurrence du syndrome cervical et le syndrome cervico-brachial gauche algique transitoire a débuté mi-juillet 05 suite à un effort.

L'état dépressif, actuellement persistant depuis mi-octobre 05, assurément modéré, réactionnel non seulement à ses douleurs et aux limitations fonctionnelles, mais encore à des conflits familiaux et affectifs de longue date, aggrave très certainement de façon importante la

symptomatologie douloureuse et, par voie de conséquence, le taux d'incapacité de travail.

(...)

Pronostic : le pronostic général et vital est excellent. Le pronostic du syndrome cervical est très bon malgré la très probable persistance chronique de douleurs et d'une discrète limitation fonctionnelle. Le pronostic du syndrome cervico-brachial semble très bon mais le risque d'une récurrence d'un côté ou de l'autre est grand.

(...)

Pour le surplus, je n'ai pas non plus posé l'indication à demander d'autre conseil ; je confirme que je laisse le soin à l'OAI de demander, éventuellement pour l'appréciation de l'incapacité de travail et de perte de gain, une expertise multidisciplinaire avec, peut-être, un avis rhumatologique et psychiatrique ainsi qu'un second avis neurologique.

(...)

Sur le plan professionnel, un recyclage s'impose rapidement ; toute activité sédentaire sans effort avec les membres supérieurs me semble tout à fait envisageable. Comme ancienne coiffeuse et ouvrière d'usine, elle pourrait devenir onglère ou retourner à un poste de travail dans une usine de montage de petits appareils ou instruments. D'autres formations professionnelles me paraissent limitées en raison d'une scolarité jusqu'à l'âge de 14 ans et de quelques limitations d'ordre linguistique.

Actuellement, j'estime qu'elle est incapable de travailler comme vendeuse dans une grande surface à plus de 50 %, la demi-journée tout en évitant les efforts et le port de charges au-delà de 3 kg, pour une durée non déterminée mais à réévaluer le 14.08.06.

Je rappelle que la patiente a reçu, en date du 21.04.06, sa lettre de licenciement de la COOP pour le 31.07.06."

Le Dr Q. _____ a joint à son rapport de nombreux documents médicaux.

Dans une lettre du 4 août 2006 adressée au Dr Q. _____, le Dr K. _____, chef du service de neurochirurgie du CHUV, écrit notamment ce qui suit :

" APPRECIATION

Mme R. _____ est une patiente de 50 ans ayant subi une intervention en 2000 qui lui a redistribué les charges des mouvements de la colonne cervicale dans les segments en aval et en amont de C5-C6. Au vu de l'image radiologique, il est vraisemblable que l'étage C5-C6 ait subi une surcharge pouvant partiellement expliquer la symptomatologie de la patiente. Toutefois, il est peu probable qu'une intervention chirurgicale soit, à l'heure actuelle, recommandée. En effet, il n'y a pas de signes ni symptomatologie clairs en faveur d'une compression et la douleur évoque aussi un syndrome douloureux en voie de chronification. L'intervention risquerait de davantage décompenser la colonne cervicale dans son intégrité que de réellement satisfaire les plaintes de la patiente. Dans ces conditions, nous sommes d'avis que Mme R. _____ devrait plutôt

bénéficiaire d'une nouvelle consultation chez nos confrères spécialistes d'antalgie."

Une expertise a été confiée à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR). L'assurée a été examinée par les Drs J._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, P._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, L._____, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie et H._____, spécialiste FMH en neurologie. Il résulte du rapport de synthèse de cette expertise établie le 12 mars 2007 notamment ce qui suit :

" DIAGNOSTICS

Diagnostiques ayant une répercussion sur la capacité de travail :

- Cervicobrachialgies gauches sur status après cure chirurgicale de hernie discale et spondylodèse C6-C7 avec troubles dégénératifs et canal cervical modérément étroit en C4-C5 et C5-C6 (M 47.2).

Diagnostiques sans répercussion sur la capacité de travail :

- Lombosciatalgies gauches (M 51.1).
- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0).

(.....)

Le Dr L._____ résume les constatations de son **examen rhumatologique** de la façon suivante. « L'examen clinique est pauvre en regard des doléances : l'assurée paraît libre dans sa gestuelle et elle ne manifeste guère d'épargne au cours de l'examen. On relève un phénomène d'autolimitation (distance menton-sternum active, force de préhension dérisoire), une sensibilité exacerbée à la douleur, aussi bien aux mouvements articulaire passifs qu'à la palpation. Si l'on fait abstraction du comportement douloureux, on ne trouve pas de limitation de l'appareil locomoteur.

Quoi qu'il en soit, des facteurs non-lésionnels interviennent à l'évidence dans la mauvaise évolution de ce cas ces deux dernières années. C'est également ce que suggère l'évaluation des capacités fonctionnelles. Le score de 32 obtenu au questionnaire PACT ferait d'elle une quasi-impotente alors qu'elle a pu se déplacer de façon autonome de Lausanne à Sion pour la présente expertise. Une évaluation standard débouchant sur un niveau de performance ne peut être réalisée, Mme R._____ renonçant a priori à des efforts insignifiants (autolimitation manifeste au port de charge, au maintien à l'horizontale des membres supérieurs, à la mesure de la force de préhension, à un test de marche simple). Un tel comportement n'est pas explicable par une atteinte organique ; il suggère que Mme R._____ est déterminée à faire la preuve d'un handicap qui corresponde à ses allégations. »

Dans le **domaine neurologique**, le Dr H._____ écrit au terme de son rapport : « L'examen neurologique est actuellement dans les limites normales. Il n'y a en particulier pas de déficit sensitivomoteur, aucune altération des réflexes myotatiques au MSG. La mobilité cervicale est mal

évaluable en raison de contre-pulsions. Elle paraît libre en spontané. Les manoeuvres d'Adson sont enfin négatives.

L'examen électrophysiologique est normal. Les neurographies permettent en particulier d'écartier un syndrome tronculaire distal et notamment un enclavement du médian au poignet. L'EMG à l'aiguille concentrique ne met en évidence aucun signe de dénervation aiguë ou chronique dans l'ensemble des muscles examinés tributaires des myotomes C5-C6, C7 et C8-D1 à gauche.

Au total, la confrontation des données électro-cliniques n'amène pas d'élément en faveur d'une radiculopathie cervicale. Compte tenu de l'évolution, de l'absence de réponse aux différentes approches thérapeutiques et des données électro-cliniques, une approche chirurgicale est déconseillée.»

Sur le **plan psychiatrique**, la Dresse P. _____ fait les constatations suivantes : «Mme R. _____ présente les critères requis par la CIM10 pour un épisode dépressif léger. Cela ne fait pas de doute au vu de la présence de deux symptômes typiques (diminution de l'intérêt et du plaisir, augmentation de la fatigabilité) associés à trois autres symptômes dépressifs (diminution de la concentration, idées de culpabilité, perturbation du sommeil). Par ailleurs, à la lecture du dossier AI mis à notre disposition, son médecin traitant qui la connaît depuis son arrivée en Suisse, mentionne des épisodes dépressifs à répétition et ceci depuis 1993, pour lesquels il a introduit divers anxiolytiques et antidépresseurs. Ceci nous permet de retenir le diagnostic de trouble dépressif récurrent, dont l'épisode actuel est d'intensité légère. Ce diagnostic avait également été retenu par le Dr C. _____, psychiatre, dans son expertise en septembre 2006. A l'époque, l'épisode était d'intensité moyenne, mais il évoquait la possibilité d'un relèvement de l'humeur au fil des mois.

Quant aux douleurs décrites par l'expertisée, qu'elle met au premier plan, elles sont probablement majorées par la symptomatologie dépressive. Un syndrome douloureux somatoforme persistant n'est pas retenu étant donné que la douleur est survenue chez cette femme fragilisée par un trouble dépressif récurrent.

A noter que ce trouble dépressif récurrent n'est pas accompagné de comorbidité psychiatrique, tel qu'un trouble de la personnalité ou autre.»

Sur le **plan médical**, notre appréciation actuelle est la suivante.

- Mme R. _____ souffre de cervico-brachialgies, sur la base de discopathies C4-C5 et C5-C6 et d'un status après spondylodèse C6-C7. Il existe aussi des altérations dégénératives radiologiques d'uncarthrose et un rétrécissement modéré du canal cervical en C4-C5 et C5-C6.

L'examen neurologique et électromyographique est cependant absolument normal, ne relevant pas le moindre déficit.

- Mme R. _____ se plaint aussi des lombo-sciatalgies, qui peuvent être mises en relation avec quelques altérations d'ostéochondrose lombaire basse. Il n'y a cependant, d'après les descriptions d'imagerie, aucune image de hernie discale ou de compression médulloradiculaire.

- Nous considérons donc qu'il existe une discordance majeure entre d'une part, les plaintes subjectives, et d'autre part, les constatations

cliniques et radiologiques. Mme R._____ présente en outre des signes de non-organicité et des auto-limitations, mises notamment en évidence à l'évaluation des capacités fonctionnelles.

Un trouble somatoforme n'est cependant pas retenu, en raison de l'antériorité de l'état dépressif. Ce trouble dépressif récurrent a fragilisé l'assurée et explique peut-être l'importance du syndrome douloureux.

Dans le **domaine thérapeutique**, nous considérons que le risque iatrogène est élevé dans cette situation, pour laquelle nous déconseillons une approche chirurgicale, notamment en raison de l'examen neurologique et électromyographique normal.

Dans le **domaine professionnel**, la Dresse P._____ ne retient aucune incapacité de travail, liée à l'affection psychiatrique, écrivant au terme de son rapport : « *En conclusion, je retiens un trouble dépressif récurrent dont l'épisode actuel est léger chez cette femme, dont, d'un point de vue psychiatrique, la capacité de travail n'est pas altérée.* »

Sur le plan somatique, on se trouve beaucoup plus en face d'auto-limitations que de véritables limitations.

Cependant la pathologie cervicale de troubles dégénératifs, le status après spondylodèse C6-C7, ainsi que les altérations d'ostéochondrose lombaire basse, peuvent justifier la reconnaissance de certaines limitations. L'exercice d'une profession exigeant des attitudes posturales prolongées, le port de lourdes charges et des travaux physiquement pénibles, est contre-indiqué.

Toutes **pathologies confondues**, notre appréciation est la suivante :

- Pour les activités habituelles de vendeuse, s'exerçant essentiellement en position debout, une incapacité de travail de 50 % est médicalement justifiée.
- Dans une activité adaptée, en position alternée assis-debout, sans port de charges au-delà de 5 kg et sans travaux pénibles, une capacité de travail entière est exigible."

Il résulte d'un rapport médical du 12 juin 2007 du Dr M._____ du SMR ce qui suit :

"Assurée de 50 ans, divorcée, deux enfants (1975 et 1976), vendeuse à la COOP présentant un status post intervention neurochirurgicale évoluant défavorablement avec un état dépressif traité par le médecin somaticien. En raison de l'évocation d'un syndrome douloureux en voie de chronicisation, et du fait d'un état dépressif réactionnel traité par le médecin traitant, une expertise multidisciplinaire a été mise en place. Elle a mis en évidence l'absence de trouble somatoforme en raison de l'antériorité d'un état dépressif qui est actuellement considéré comme léger et ne constitue pas une entrave au travail. Sur le plan somatique, si le rétrécissement du canal cervical entre C4-C5 et C5-C6 est noté, il est considéré comme modéré, d'autant que l'examen neurologique électromyographique est normal. Si les cervico-brachialgies sont

reconnues, il existe une discordance majeure entre les plaintes subjectives d'une part et d'autre part les constatations cliniques et radiologiques. En effet, l'assurée présente en outre des signes de non organicité et des autolimitations mises en évidence à l'évaluation des capacités fonctionnelles."

Ce médecin a retenu des cervico-brachialgies comme atteinte principale à la santé et comme pathologies associées du ressort de l'AI une discopathie C4-C5 et C5-C6, un status après spondylodèse C6-C7, une uncarthrose cervicale et un rétrécissement modéré du canal cervical en C4-C5 et C5-C6 et des lombosciatalgies sur ostéochondrose lombaire basse. Il a en outre mentionné comme diagnostics associés non du ressort de l'AI des signes de non organicité et autolimitation ainsi qu'un trouble dépressif récurrent avec épisode actuel léger. Il a retenu la date du 13 août 2005 comme début de l'incapacité de travail durable. Il a estimé que la capacité de travail exigible était nulle comme vendeuse non alimentaire et entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, à savoir pas de port de charges au-delà de 5 kg, pas de travaux pénibles, la possibilité de varier les positions assis/debout une fois par heure à son gré. Il a indiqué la date du 16 mars 2007 comme début de l'aptitude à la réadaptation.

Dans un rapport médical du 25 janvier 2008, le Dr Y. _____, radiologue, a conclu après une IRM cervicale :

"Status après discectomie C6-C7. Fusion des corps vertébraux de C6-C7. Discopathie C2-C3 à C5-C6 avec protrusion discale en barre et canal cervical étroit en C3-C4, C4-C5, C5-C6. Le tout reste cependant stable par rapport à 2005."

Sur mandat du service chargé de l'instruction des cas AI, [...] a procédé le 2 avril 2008 à une enquête économique sur le ménage; dans son rapport du 6 avril 2008, elle a retenu un taux d'invalidité de 18,6% pour les tâches ménagères et exposé notamment :

" L'assurée a déposée une demande de prestations AI sur le conseil de son APG qui lui a versé son salaire jusqu'en juillet 2006. Depuis, l'assurée s'est inscrite au chômage. Elle a tenté de reprendre un travail de réinsertion qui semble voué à l'échec. L'assurée est

extrêmement plaintive, peine à donner des indications précises sur ses limitations et ses difficultés. Selon elle, elle n'exécute plus aucune tâche ménagère, les douleurs étant insupportables, elle se sent incomprise par les médecins.

Pendant l'entretien qui a duré plus d'une heure et demie, l'assurée est restée assise sans changement de position, elle a, à plusieurs reprises mobilisé ses bras sans signes de douleurs. Difficile dans cette situation, d'évaluer au plus juste les empêchements réels de cette assurée. L'enquêtrice a tenu compte d'une part, des limitations exprimées dans l'expertise et d'une part d'une situation où l'assurée vit avec des enfants adultes qui sont dans la mesure de se prendre en charge et l'aide apportée par ceux-ci est une aide partiellement exigible."

Dans un projet de décision du 9 juin 2008, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter la demande de rente. Il résulte de ce projet notamment ce qui suit :

- "• Vous avez travaillé en qualité de vendeuse.
- Selon nos observations, si vous étiez en bonne santé, vous travailleriez à un taux de 80%. Les 20% restant correspondent au temps consacré à la tenue de votre ménage.
- Ainsi, vous présentez des empêchements dans la tenue de votre ménage et une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 30 août 2005. C'est à partir de cette date qu'est fixé le délai d'attente d'une année prévu par l'article 28 LAI précité. A l'échéance du délai en question, soit au 30 août 2006, votre capacité de travail est de 50% dans toute activité.
- Votre invalidité dans la part active découle du calcul suivant : $80 - 50 \times 100/80 = 37.5\%$. Vos empêchements ménagers s'élèvent à 18.6%. L'invalidité globale découlant des deux domaines d'activité est la suivante :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Active	80%	37.5%	30.00%
Ménagère	20%	18.6%	3.72%
Degré d'invalidité			33.72%

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente. Cependant, le droit à des mesures professionnelles est théoriquement ouvert.

Or, votre état de santé s'est amélioré et dès le 16 mars 2007 une pleine capacité de travail peut raisonnablement être exigée de vous dans une activité adaptée, ne nécessitant pas de qualifications particulières, et tenant compte de vos limitations fonctionnelles (pas de port de charges au-delà de 5 kg, pas de travaux pénibles, possibilités de varier les positions assis/debout une fois par heure à son gré).

Dès lors, pour déterminer votre perte économique, il convient de comparer le revenu que vous auriez pu réaliser en bonne santé dans votre activité habituelle de vendeuse, soit CHF 39'999.70, avec le revenu auquel vous pourriez prétendre dans une activité adaptée.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas — comme c'est votre cas — repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2006, CHF 4'019.- par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2006; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006 (41,7 heures ; La Vie économique, 10-2006, p.90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'189.81 (CHF 4'019.- x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 50'277.69.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2007 (+ 1.40% ; La Vie économique, 10-2006, p.91, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 50'981.58 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 80%, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 40'785.26 par année.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid.5b/cc). Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 36'706.74. Votre degré d'invalidité est le suivant :

Revenu professionnel annuel raisonnablement exigible :
sans invalidité CHF 39'888.70

avec invalidité CHF 36'706.75
la perte de gain s'élève à CHF 3'181.95 = invalidité de 8%

Le degré d'invalidité découlant des deux domaines d'activité est le suivant :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Active	80%	8%	6.40%
Ménagère	20%	18.6%	3.72%
Degré d'invalidité			10.12%

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

Il appartient à tout assuré de faire tout ce qui dépend de lui pour atténuer au mieux les conséquences de son infirmité, en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail, même au prix d'un effort considérable. Ce n'est pas l'activité que l'assuré consent à accomplir qui est décisive, mais celle que l'on peut raisonnablement exiger de lui dans une situation médicale donnée. Si l'assuré n'exerce pas l'activité exigible selon l'appréciation médicale, le taux de son invalidité sera fixé en égard à cette activité, même s'il ne l'exerce pas.

Des mesures professionnelles n'ont pas lieu d'être dès lors que l'exercice d'activités ne nécessitant pas de formation particulière est à votre portée, sans qu'un préjudice économique important ne subsiste.

Selon la jurisprudence, par reclassement, on entend la somme des mesures de réadaptation professionnelles qui sont nécessaires et de nature à procurer à la personne assurée, qui avait déjà exercé une activité lucrative avant la survenance de l'invalidité, une possibilité de gain à peu près équivalente à celle qui était la sienne auparavant. Le droit au reclassement présuppose que la perte de gain durable due à l'invalidité soit de 20% environ, ce qui n'est pas votre cas. Dès lors, le droit à des mesures professionnelles n'est pas ouvert."

Par décision du 21 juillet 2008 dont le contenu est identique au projet de décision du 9 juin 2008, l'OAI a rejeté la demande de rente d'invalidité.

B. Le 15 octobre 2008, l'assurée a déposé une deuxième demande de prestations d'invalidité. Dans un complément de demande du 9 février 2009, elle a indiqué qu'en bonne santé, elle travaillerait à 100% par nécessité financière.

A la suite d'un questionnaire que lui avait adressé [...], le Dr Q. _____ a répondu le 20 novembre 2008 avec copie adressée à l'OAI pour information, notamment ce qui suit :

"1) La poursuite de l'incapacité de travail a été et est encore accordée à la patiente parce qu'elle a subi le 08.07.08 une discectomie C5-C6 et mise en place d'une prothèse discale C5-C6 (...) par le Dr T. _____ FMH chir. orthopédique, spéc. de la colonne vertébrale à la Clinique Bois Cerf à Lausanne. Cette intervention a été décidée suite à de nombreuses investigations radiologiques, d'imagerie et neurologiques et évaluations par le Dr W. _____ FMH anesthésiologie du Centre de la douleur. On a retenu le diagnostic de discopathie sévère avec déchirure annulaire démontrée par la discographie qui a reproduit de façon concordante la symptomatologie douloureuse et invalidante. Il existe aussi une discopathie C4-C5 mais moins importante et non douloureuse à la discographie. L'intervention chirurgicale et les suites post-opératoires ont été simples.

(...)

(...) Il n'y a pas d'atteintes neurologiques.

La patiente se plaint de fatigue chronique (peut-être aggravée par un myorelaxant) et du syndrome vertébral lombaire. A domicile elle fait la cuisine pour elle et ses deux enfants, mais ne porte pas de charge de plus d'un kg, enlève la poussière et fait un peu de yoga. Elle bénéficie de l'aide de ses enfants et d'une femme de ménage.

Sur le plan psychique elle est plus sereine et se réjouit de pouvoir reprendre une activité professionnelle au printemps 09 dit-elle. Elle est heureuse et fortement soulagée de ne plus avoir ses douleurs comme avant l'opération.

(...)

L'évolution est favorable.

2) Au vu de l'évolution globale le pronostic de la capacité de travail semble actuellement favorable avec l'espoir de la reprise d'une activité au printemps 09 soit 6-8 mois après l'opération qui semble avoir été curatrice. Toutefois la reprise sera assurément à un taux progressif et il y aura certainement des restrictions concernant les efforts et le port de charges. Les positions du corps n'ont pas d'importance sauf probablement celle de la tête. Pour l'instant la patiente bénéficie de toutes les mesures médicales possibles pour l'améliorer et accélérer la guérison.

(...)

Lors de la consultation du 03.11.08 avec son compagnon la patiente m'a annoncé avoir demandé une révision de l'invalidité (...).

A ce sujet je relève que les taux et les périodes d'incapacité de travail se sont modifiés au cours du temps et que l'évolution de la maladie invalidante de la patiente est favorable suite à l'intervention chirurgicale du 08.7.08."

Dans un rapport du 17 février 2009, le Dr Q._____ s'est référé notamment à son précédent rapport. Il a indiqué en particulier que l'évolution n'était que très lentement favorable et que la possibilité d'une reprise d'une quelconque activité professionnelle même adaptée et à temps partiel lui semblait assez éloignée dans le temps. A son avis, il existait une certaine discordance entre les plaintes, le status clinique et le désir de reprendre une activité professionnelle. Il a joint à son rapport notamment un rapport médical établi par le Dr T._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, à la suite d'une consultation le 20 novembre 2008 et dont il résulte ce qui suit :

"Status environ 4 mois après mise en place d'une prothèse discale C5-C6.

Evolution lentement favorable. La symptomatologie douloureuse préopératoire a beaucoup diminué, surtout dans le membre supérieur droit et Madame R._____ a pu abandonner la prise de toute antalgie majeure, telle que le Tramal. Elle garde encore des douleurs essentiellement musculaires dans la région de la nuque et dans les deux trapèzes. Ces douleurs sont actuellement contrôlées par la prise de Ponstan, 1 à 2 x / j.

L'activité physique de la patiente est encore en général bien réduite, limitée surtout par une attitude plutôt craintive. Elle n'a pas repris d'activité professionnelle.

A l'examen clinique, on constate une musculature de la nuque assez souple, mais douloureuse à la palpation, surtout dans le trapèze droit. La cicatrice opératoire est encore très sensible superficiellement et la patiente ne me laisse pas la mobiliser. La mobilité cervicale est par contre diminuée dans toutes les directions mais se fait sans douleur spécifique.

La radiographie de contrôle montre une position inchangée de la prothèse discale, sans signe d'ostéolyse. La prothèse est bien implantée dans une position idéale. En flexion-extension, on constate une bonne mobilité de l'implant qui semble bien remplir son rôle.

Evaluation du cas :

Nous avons donc une évolution qui est en général favorable. En raison de la chronicité de la symptomatologie, il faudra s'attendre, bien sûr, à une longue période de réhabilitation. J'ai proposé à la patiente d'augmenter quelques peu son activité physique. Elle va continuer avec sa réhabilitation en physiothérapie. Une visite de contrôle clinique et radiologique est prévue début février 2009."

Dans un rapport médical établi le 23 avril 2009 à l'intention de l'OAI, le Dr T. _____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail suivants :

- Cervicobrachialgies droites existant depuis plusieurs années
- Status après discectomie spondylodèse C6-C7 en 2001
- Status après discectomie et mise en place d'une prothèse discale C5-C6 en juillet 2008
- Discopathie dégénérative C4-C5.

Ce praticien a en outre notamment exposé ce qui suit :

"Evaluation du cas et pronostic :

La symptomatologie de la patiente a pu être améliorée depuis l'intervention chirurgicale de juillet 2008. Bien que l'évolution et la réhabilitation de la patiente soit lente, probablement en raison de la chronicité de la symptomatologie existant depuis presque 10 ans, on assiste quant même à une amélioration progressive. Compte tenu de ceci, je pense que la patiente pourrait regagner une certaine capacité de travail dans les mois à suivre.

Le pronostic global est médiocre.

(...)

Du point de vue médical, la patiente pourrait effectuer une réinsertion progressive dans une activité professionnelle de type vendeuse où elle pourrait alterner une position debout, assise et de courtes marches, sans soulever ni transporter de poids supérieurs à 3 kg et de façon non répétitive, sans rotation, flexion-extension du dos et de la colonne cervicale de façon répétitive. Une activité de ce genre pourrait être assumée avec une capacité de 25% pour débiter."

Dans un rapport médical établi le 28 octobre 2009 à l'intention du Service Médical Régional AI (SMR), le Dr T. _____ s'est exprimé comme il suit :

"Madame R. _____ a été vue pour la dernière fois en contrôle le 24.09.2009. La symptomatologie et le status médical de la patiente

étaient stationnaires, donc comparables à ceux décrits dans le rapport d'avril 2009 en votre possession.

Dans mon rapport, je mentionnais que «du point de vue médical, ta patiente pourrait effectuer une réinsertion progressive dans une activité professionnelle de type vendeuse où elle pourrait alterner les positions debout, assise et de courtes marches, sans soulever ni transporter des poids supérieurs à 3 kg et de façon non répétitive, sans rotation, flexion-extension du dos et de la colonne cervicale de façon répétitive. Une activité de ce genre pourrait être assumée avec une capacité de 25% pour débiter ».

Avec ceci, j'entends que la patiente puisse exercer sa profession en alternant la position assise et debout avec des rapports d'environ 50%-50%.

Réponses à vos questions :

- La capacité de travail de l'assurée dans l'activité de vendeuse (position assise 2%, position debout 70%, marcher 28%, soulever charges maximum 5kg)?

Ceci ne correspond donc pas à mes propositions, raison pour laquelle je pense que la patiente n'est pas apte à ce genre de travail.

- La capacité de travail de l'assurée dans une activité professionnelle qui respecte les limitations fonctionnelles (que vous décrivez)?

25% comme déjà mentionné en avril dernier. A mon avis, ceci devrait être pris en considération pour un essai de trois à six mois après lesquels on pourrait réévaluer la situation et éventuellement augmenter sa capacité de travail, donc selon l'évolution de la symptomatologie."

Dans un avis médical SMR du 15 décembre 2009, le Dr X. _____ a formulé la synthèse suivante :

"Cette assurée de 53 ans, sans formation, travaillait comme vendeuse non-alimentaire à la Coop; elle souffre de cervicobrachialgies surtout droites, qui ont mené en décembre 2000 à une cure de hernie discale C6-C7, avec reprise de l'activité habituelle jusqu'en août 2005. Par la suite, elle alterne des IT à 100 et 50% jusqu'à son licenciement au 31.07.2006. Une expertise pluridisciplinaire à la CRR en mars 2007 aboutit à retenir comme diagnostics incapacitants des cervicobrachialgies sur discopathies C4-C5 et C5-C6 avec uncarthrose et rétrécissement modéré du canal rachidien à ce niveau, status après spondylodèse C6-C7, et lombosciatalgies sur troubles dégénératifs. La CT comme vendeuse non-alimentaire a été estimée à 50%, et la CT dans une activité adaptée à 100%. Un refus de rente a été prononcé le 21 .07.2008. L'assurée dépose une nouvelle demande le 15.10.2008, en faisant état d'une aggravation de

son état de santé ; elle a en effet subi le 08.07.2008 une discectomie C5-C6 avec implantation de prothèse discale. Selon le chirurgien orthopédique Dr T. _____ (rapports des 23.04 et 28.10.2009), l'évolution à la suite de cette intervention a été lentement favorable avec diminution de la symptomatologie douloureuse et amélioration de la mobilité cervicale. On se retrouve donc actuellement avec une assurée aussi bien, voire mieux que lors de l'expertise COMAI de mars 2007. La CT a été nulle dans toute activité entre juillet 2008 et avril 2009, après quoi les conclusions du Rapport SMR du 12.06.2007 sont à nouveau applicables; ces conclusions sont basées sur une expertise rhumatologique, neurologique et psychiatrique complète et bien documentée. Le Dr T. _____ n'a pas la même évaluation de la CT; il signale une amélioration de l'état de l'assurée grâce à l'intervention de juillet 2008 et n'apporte pas d'arguments biomécaniques pour justifier une CT limitée à 25% seulement dans une activité adaptée, susceptible peut-être d'augmenter par la suite."

Par projet de décision du 27 mai 2010, l'OAI a annoncé le rejet de la demande de prestations pour le motif que l'assurée avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et que la décision du 21 juillet 2008 fixant l'invalidité à 10% était à nouveau valable.

Par lettre recommandée du 5 juillet 2010, le conseil de l'assurée a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire pour déterminer la capacité de travail.

Dans un rapport du 14 septembre 2010, le Dr Y. _____, à la suite d'une IRM cervicale, indique ce qui suit :

"IRM CERVICALE DU 14.9.2010 : Indication :

Suspicion de conflit disco-radicaire C4-C5. Status après prothèse discale C5-C6.

Technique :

Sagittale T1, T2, axiale T2 et séquence myélographique. Description :

Important artefact de susceptibilité lié à la présence de la prothèse discale C5-C6 ne permettant pas d'analyser le contenu du rachis en C5 et C6.

Discopathies C3-C4, C4-C5 caractérisées par un hyposignal du disque en pondération T2 et correspondant à une dessication. Le tout est accompagné d'une discrète couronne disco-ostéophytaire. Il n'y a pas de hernie molle décelable. Pas de sténose visible des trous de conjugaison et notamment C3-C4 et C4-C5 malgré la discrète couronne disco-ostéophytaire. La séquence myélographique n'est pas analysable compte tenu des artefacts de susceptibilité.

Contours et signal de la moelle cervicale et dorsale haute sans particularité.

Conclusion :

Cervicarthrose débutante C3-C4, C4-C5 sans conflit radiculaire décelable. Pas de hernie molle visible. Important artéfact de susceptibilité lié à une prothèse discale C5-C6."

Il résulte d'un avis juriste de l'OAI du 1^{er} février 2011 en particulier ce qui suit :

"Après examen du dossier, je suis d'avis qu'un complément d'instruction sur le plan médical serait judicieux avant de rendre une décision. En cas de recours, l'appréciation du Dr T. _____ qui est un spécialiste qui a vu l'assurée récemment risque de faire naître le doute sur l'appréciation du SMR qui a rendu son avis sur dossier.

Il faut reconnaître que l'appréciation pluridisciplinaire date de bientôt quatre ans et que l'incapacité reconnue par le Dr T. _____ pourrait tenir compte d'éléments qui ne sont pas strictement orthopédiques (voir rapport médical du Dr Q. _____ du 17.02.2009 qui qualifie la situation de complexe). Je remercie le SMR de nous indiquer sous quelle forme il convient de compléter l'instruction : expertise ou examen clinique ?".

Le 14 avril 2011, le Dr E. _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie au SMR, a déposé son rapport après examen clinique rhumatologique dans lequel il expose notamment :

"Diagnostics

Avec répercussion durable sur la capacité de travail

- Cervicobrachialgies G dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis, de troubles dégénératifs du rachis cervical avec status après discectomie-spondylodèse C6-C7 et après discectomie et mise en place d'une prothèse discale C5-C6. M 54.2.
- Lombalgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec canal lombaire étroit. M 54.5.

Sans répercussion sur la capacité de travail

- Migraines.

APPRÉCIATION DU CAS

En 1999, l'assurée a développé des douleurs de l'épaule D et du MSD s'accompagnant de cervicalgies. Par la suite, elle a développé des décharges électriques et des fourmillements du MSD. Par la suite, elle aurait été « paralysée de tout l'hémicorps D » En décembre 2000, elle a bénéficié d'une discectomie C6-C7 avec spondylodèse. Après cette opération, les douleurs ont complètement disparu. En 2005, elle a cependant développé à nouveau des douleurs de l'épaule G et de la région cervicale G irradiant au MSG. Les douleurs se sont petit à petit aggravées. Elles ne se sont pas accompagnées de troubles moteurs du MSG, mais de fourmillements de tout le MSG, notamment de la main G. Le 08.07.2008, l'assurée a bénéficié d'une discectomie C5-C6 avec implantation de

prothèse discale. Cette opération a amélioré les douleurs, mais, cependant une année après cette opération, les douleurs cervicales, de l'épaule G et du MSG se sont aggravées. Actuellement, l'assurée se plaint également de douleurs lombaires sans irradiations dans les MI. Elle signale également des céphalées en casque, à caractère continu, qu'elle appelle migraines et qui s'accompagnent de photophobie, de phonophobie, de nausées et de vomissements. L'assurée nous dit par ailleurs être épuisée, la fatigue étant permanente et constante. Les cervicalgies augmentent au Valsalva. Elles ont un caractère essentiellement mécanique. Elles s'accompagnent cependant de 3 à 4 réveils nocturnes par nuit et d'un dérouillage matinal de 2 h.

Au status actuel, on note une assurée en bon état général, très démonstrative, faisant notamment de nombreuses grimaces et se touchant ostentatoirement la région cervicale en cours d'entretien et en cours d'examen clinique. Pendant l'examen clinique, elle poussera à de nombreuses reprises des gémissements et des soupirs.

Au status général, on note une assurée en bon état général, normocarde, normotendue. L'auscultation cardio-pulmonaire est normale. Il existe un érythème palmaire bilatéral. L'abdomen est souple, diffusément douloureux, mis à part à l'hypochondre G, sans défense, ni détente. Il n'y a pas d'hépatosplénomégalie ou de masse palpable.

Au status ostéoarticulaire, on note de discrets troubles statiques du rachis. La mobilité lombaire et cervicale est diminuée, mais l'on note trois signes de non organicité selon Waddell sur 4 sous forme d'une importante démonstrativité, de lombalgies à la pression axiale céphalique et à la rotation du tronc, les ceintures bloquées. Par ailleurs, elle présente aussi une discordance entre la DDS et distance doigts-orteils sur le lit d'examen. Au niveau cervical, l'assurée développe également une importante résistance volontaire à la mobilisation passive de la nuque, pousse des gémissements et des soupirs, fait de nombreuses grimaces et présente une hypoesthésie diffuse de tout le MSG, ne respectant pas un territoire radiculaire, cette hypoesthésie étant probablement d'origine fonctionnelle, au vu de son caractère diffus, avec status neurologique par ailleurs normal. La mobilité des articulations périphériques est bien conservée, il n'y a pas de signe pour une arthropathie inflammatoire périphérique. On note des douleurs à la palpation de 8 points typiques de la fibromyalgie sur 18, ce nombre étant cependant insuffisant pour poser ce diagnostic.

Comme relevé plus haut, le status neurologique est sp, mis à part une hypoesthésie diffuse de tout le MSG, ne respectant pas un dermatome et probablement d'origine fonctionnelle, au vu de son caractère diffus et de la normalité du reste du status neurologique.

Les contrôles radiologiques post-opératoires sont satisfaisants, mettent en évidence une position inchangée de la prothèse discale, sans signe d'ostéolyse. La prothèse est bien implantée dans une position idéale. En flexion-extension, on constate une bonne mobilité de l'implant, qui semble bien remplir son rôle. Par ailleurs, une IRM cervicale du 14.09.2010 ne met en évidence qu'une cervicarthrose débutante C3-C4 et C4-C5, sans conflit

radiculaire décelable, Il n'y a par ailleurs pas de hernie molle visible, Il faut relever par ailleurs que sur les RX, le status après spondylodèse C6-C7 est satisfaisant, avec bonne fusion des vertèbres C6-C7. Par ailleurs, un CT scan lombaire de janvier 1999 aurait mis en évidence des troubles dégénératifs du rachis avec canal lombaire étroit.

Dans ce contexte clinique, nous retenons les diagnostics susmentionnés. Au vu de ces diagnostics, nous retenons des limitations fonctionnelles qui ne sont pas respectées dans l'activité habituelle de vendeuse non alimentaire chez Coop. Ainsi, dans cette activité, la capacité de travail est nulle. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, il n'y a aucune raison biomécanique à attester une incapacité de travail. Effectivement, le status radiologique après deux opérations de la colonne cervicale est tout à fait satisfaisant avec bonne fusion de la spondylodèse C6-C7 et prothèse discale C5-C6 ayant une position idéale, sans signe d'ostéolyse. Il existe également une bonne mobilité de l'implant aux fonctionnelles qui semble donc ainsi bien remplir son rôle. Par ailleurs, les troubles dégénératifs restants au niveau de la colonne cervicale sont peu importants, puisqu'il n'y a qu'une cervicarthrose débutante C3-C4 et C4-C5, sans conflit radiculaire décelable et sans hernie molle visible.

Notre appréciation s'éloigne ainsi de l'appréciation faite par le Dr T. _____, qui atteste une incapacité de travail de 75% même dans une activité adaptée, sans vraiment en donner les raisons. Cette différence d'appréciation s'explique probablement par le côté démonstratif de l'assurée, qui présente d'ailleurs de nombreux signes de non organicité, comme l'avait déjà relevé les médecins de la Clinique Romande de Réadaptation, lors de leur expertise en 2007.

Les limitations fonctionnelles sont les suivantes:

Rachis : nécessité de pouvoir alterner 2 x par heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement ou de port régulier de charges d'un poids excédant 5 kg. Pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Pas d'exposition à des vibrations. Pas de mouvements répétés de flexion-extension de la nuque. Pas de rotation rapide de la tête. Pas de position prolongée en flexion ou extension de la nuque.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

Depuis le 30.08.2005.

Comment le degré d'incapacité de travail a évolué depuis lors?

Pour le début de l'évolution de l'incapacité de travail dans l'activité habituelle de vendeuse non alimentaire, il faut se référer depuis le 30.08.2005 au 12.06.2007 au rapport d'examen SMR Suisse romande du 12.06.2007. Depuis le 06.09.2007, l'incapacité de travail est de 100% dans l'activité de vendeuse non alimentaire à la Coop. Par ailleurs, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, la capacité de travail est complète,

depuis le 16.03.2007, mis à part une période d'incapacité de travail transitoire entre juillet 2008 et avril 2009, en rapport avec le status après discectomie C5-C6 et implantation de prothèse discale.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE: 0%.
DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE: 100% DEPUIS LE: 16.03.2007,
MIS À PART UNE PÉRIODE D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL TOTALE TRANSITOIRE
ENTRE JUILLET 2008 ET AVRIL 2009.

A TRADUIRE EN TERMES DE MÉTIER PAR UN SPÉCIALISTE EN RÉADAPTATION."

Dans un avis médical SMR du 15 avril 2011, le Dr X. _____ a écrit :

"L'examen clinique rhumatologique du 08.03.2011 confirme les conclusions de l'Avis SMR du 15.12.2009 (notamment avec une CT exigible de 100% dans une activité adaptée). En effet, au terme d'une revue soigneuse du dossier et des radiographies, d'une anamnèse détaillée prenant en compte les plaintes de l'assurée, et d'un examen physique complet, l'expert confirme l'atteinte cervicale, les lombalgies et la démonstrativité de l'assurée déjà signalées lors de l'expertise à la CRR en mars 2007. Il retient les mêmes limitations fonctionnelles, avec une CT nulle dans l'activité habituelle, et entière dans une activité adaptée. Il explique que son estimation de la CT s'écarte de celle du Dr T. _____, car en tant qu'expert, il ne retient que les limitations strictement biomécaniques, sans se laisser influencer par l'attitude démonstrative de l'assurée.

En résumé : - jusqu'à juin 2007 : voir le Rapport SMR du 12.06.2007
- depuis juin 2007, CT nulle dans l'activité habituelle.
- dans une activité adaptée, CT 100%, sauf entre juillet 2008 et avril 2009, où elle était nulle.
- limitations fonctionnelles : voir le Rapport SMR du 12.06.2007
- début d'aptitude à la REA : mars 2007."

Par décision du 5 mai 2011, qui a été précédée d'une lettre du 4 mai 2011 au conseil de l'assurée, l'OAI a rejeté la demande de mesures professionnelles et de rente pour le motif qu'après examen des pièces médicales, l'assurée avait subi une nouvelle incapacité de travail de juillet 2008 à avril 2009, mais avait retrouvé dès le 1^{er} mai 2009 une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et que les conclusions de la décision du 21 juillet 2008 fixant son invalidité à 10% étaient à nouveau valables.

C. Par acte du 9 juin 2011, R._____, par son conseil, a recouru contre cette décision en concluant, avec dépens, principalement à son annulation, le droit à une rente entière d'invalidité lui étant reconnu, subsidiairement à ce qu'elle a droit à des mesures de réadaptation, plus subsidiairement à la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire. A l'appui de son recours, elle a produit les pièces nouvelles suivantes :

- Une lettre adressée le 23 mai 2011 par la Dresse N._____, psychiatre psychothérapeute, au conseil de la recourante, dont la teneur est la suivante :

"J'ai bien reçu votre courrier du 19 mai 2011 et vous en remercie.

Je puis répondre comme suit à vos questions:

Madame R._____ vient en consultation vers moi depuis le 15.01.2007.

La fréquence est d'environ une séance /mois.

Le premier motif de consultation était la situation familiale très lourde liée à la maladie psychique de son fils.

Au fil du temps, Madame R._____ a beaucoup parlé de sa santé, en particulier de ses douleurs à la nuque et aux bras, de ses opérations et de son incapacité de travail.

J'ai mis en évidence un état dépressif mais jamais reconnu comme tel par la patiente. Cet état dépressif est fluctuant en intensité.

A mon avis, la sensibilité exagérée à la douleur que présente Madame R._____ correspond à un symptôme dépressif.

A relever que je n'ai pas la confirmation par le chirurgien qui a opéré Madame R._____, que cette sensibilité à la douleur est exagérée.

L'attitude démonstrative de l'assurée mentionnée ne doit pas être interprétée comme une simulation (l'état douloureux a des fondements somatiques) mais comme une sensibilité exagérée découlant de sa personnalité psychique.

Sensibilité expliquée d'une part par son état dépressif et d'autre part, par son origine méditerranéenne où, culturellement, les manifestations des émotions n'ont pas les mêmes repères culturels qu'en Suisse.

Il n'y a pas eu de la part de la patiente d'attitude revendicatrice tout au long du suivi avec moi. Je ne peux pas confirmer que Madame R._____ ne souffre pas de troubles psychosomatiques mais il s'agit d'un débat toujours en réflexion.

Je sais bien sûr que les conclusions des experts AI mettant en avant les troubles psychosomatiques influencent sur la reconnaissance ou non de l'incapacité de travail.

Plus généralement, je vous souligne qu'il y a des troubles psychosomatiques n'influençant pas la capacité de travail (par exemple une gastrite) et d'autres qui sont reconnus comme diminuant la capacité de travail (par exemple un infarctus du myocarde).

Je puis relever cependant que l'état psychique de Madame R. _____ pourrait en majeure partie expliquer l'incapacité de travail à 100 %. Pour cela, il faudrait étayer la discussion, ce que je suis d'accord de faire pour Madame R. _____ si cela vous semble défendable."

- Une lettre adressée le 7 juin 2011 par la Dresse N. _____ au conseil de la recourante dont il résulte notamment ce qui suit :

"J'ai bien reçu votre courrier du 30 mai 2011 et vous en remercie.

(...)

Je vais me focaliser sur le lien entre l'incapacité de travail et le psychisme. Cela fait longtemps que les médecins attestent de la présence d'un état dépressif.

Comme je l'ai souligné dans mon premier courrier, il est assez habituel de voir des douleurs comme expression d'un état dépressif.

L'anamnèse familiale et personnelle chargée de Madame R. _____ va aussi dans le sens d'étayer ce diagnostic (situation d'abus, sentiment de culpabilité conduisant la patiente à se dévouer au travail sans s'écouter, sont déjà des éléments remarquables).

Une expertise du Docteur D. _____, bien que non psychiatre, souligne ce point en 2006.

Selon les critères Mosimann, établissant un lien entre une invalidité, le trouble somatoforme douloureux et un état dépressif, je puis souligner que la patiente répond aux critères :

1. des affections corporelles chroniques ou une maladie à caractère chronique sans rémission durable
2. une perte d'intégration sociale (retrait constaté dans tous les domaines de la vie sociale)
3. un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique
4. l'échec de traitements conformes aux règles de l'art et de mesures de réadaptation, en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée qui surmonte les effets du trouble somatoforme douloureux (...)

Le point 1 est manifestement présent avec les cervicalgies et brachialgies persistantes.

Le point 2 correspond à la vie très retirée de Madame R. _____ : à part son compagnon, avec lequel elle ne partage pas même en continu l'appartement, Madame R. _____ n'a pas d'ancrage stable avec l'extérieur hormis ses médecins.

Le point 3 peut être décrit comme un état dépressif récidivant et actuellement de gravité sévère (menaces de suicide, pas d'envie, fatigue importante, angoisses, somatisations).

Malgré le suivi régulier de la patiente avec moi, il faut bien admettre l'échec concernant la non résolution du conflit intrapsychique lié au sentiment de culpabilité énorme, la situation de non défense d'elle-même, de soumission pathologique.

La maladie de son fils est aussi vécue comme très culpabilisante.

Le point 4 est malheureusement confirmé vu l'évolution sur ces dernières années sans reprise possible d'une activité, ni professionnelle ni de loisirs.

Même les déplacements pour rendre visite à son père en Italie sont une "montagne" pour Madame R. _____."

- Une lettre adressée le 25 mai 2011 par le Prof W. _____ au conseil de la recourante dont la teneur est la suivante :

"Votre lettre datée du 19ct concernant votre cliente susmentionnée m'est bien parvenue et je vous en remercie.

Ma réponse ne peut être qu'incomplète car vous ne m'avez pas transmis l'expertise dans son intégralité.

Sorties du contexte, les limitations décrites par le Dr E. _____ sont évidemment complètement irréalistes.

D'une part, il n'existe pas dans la littérature scientifique des fondements pour étayer ses dires. D'autre part, et c'est probablement le plus important, il n'existe pas sur le marché du travail des postes qui permettraient à une personne d'éviter tout ce qu'il décrit comme contre-indiqué pour travailler à 100%.

Pour terminer, il a été proposé à votre cliente une solution thérapeutique qui pourrait lui apporter un très grand soulagement, mais, pour l'instant, elle n'a pas voulu entrer en matière. Cela conditionne bien entendu sa capacité de réintégrer le marché du travail."

Dans sa réponse du 25 août 2011, l'intimé a conclu au rejet du recours, en produisant un avis médical établi le 20 juillet 2011 par le Dr Z. _____, expert médical de l'OAI au SMR qui observe :

"Vous demandez une détermination médicale sur les deux courriers de la Dresse N. _____ à Me Kirchhofer, respectivement du 23.05.2011 et 07.06.2011 et sur le courrier du Prof. W. _____ à Me Kirchhofer du 25.05.2011.

La Dresse N. _____, psychiatre, ne donne dans aucun de ses deux rapports une description du status psychiatrique. Elle pose le diagnostic d' « état dépressif récidivant et actuellement de gravité sévère », sans étayer ce diagnostic. Dans son premier courrier, elle atteste suivre l'assurée depuis janvier 2007 et la voir environ une

fois par mois. Relevons qu'un suivi à raison d'une consultation par mois n'est tout simplement pas cohérent avec un épisode dépressif sévère avec menaces suicidaires, tel qu'annoncé par la Dresse N._____. Un tel état nécessiterait une hospitalisation psychiatrique urgente, en mode non volontaire si nécessaire. Le diagnostic retenu ne correspond certainement pas aux critères d'une classification internationale reconnue. En outre, elle ne fait état d'aucun élément anamnestique ou clinique nouveau par rapport à l'expertise psychiatrique faite à la CRR par la Dresse P._____ le 15.03.2007, qui retenait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger. Dans son courrier du 07.06.2011, elle donne son interprétation des « critères de Mosimann ». Or ces critères ne s'appliquent qu'au syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), à la fibromyalgie (M79.0) aux troubles moteurs dissociatifs (F44.4), à l'anesthésie dissociative et atteintes sensorielles (F44.6), au « coup du lapin », à la neurasthénie et syndrome de fatigue chronique (F48.0) et à l'hypersomnie non organique (F51.1). Nous ne sommes en l'occurrence dans aucun de ces cas de figure. La référence à ces critères juridiques n'est donc pas pertinente. Quant à l'incapacité de travail attestée, elle repose sur une analyse bio-psycho-sociale de la situation, incluant des facteurs non médicaux, notamment environnementaux et culturels, qui ne peuvent pas être pris en compte dans le cadre médico-asséculo-logique.

La Dresse N._____ n'atteste pas d'aggravation durable de l'état de santé psychique de sa patiente depuis 2007; elle parle seulement d'état dépressif fluctuant en intensité. Ses deux courriers ne remettent pas en cause les conclusions de l'expertise psychiatrique probante de la Dresse P._____.

Le courrier du Prof. W._____ n'apporte aucun argument médical de nature à jeter un doute sérieux sur les conclusions solidement documentées du rapport du Dr E._____ dont il atteste d'ailleurs n'en avoir pas eu connaissance dans son intégralité. De plus, il base sa contestation principalement sur le fait qu'il n'existerait pas sur le marché du travail d'activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues. Cette appréciation sort manifestement du domaine médical et donc du domaine de compétences du Prof. W._____.

En conclusion, les documents susmentionnés ne permettent pas de révision notre position."

Par réplique du 24 octobre 2011, le conseil de la recourante a confirmé les conclusions de son recours en soulignant la nécessité d'une nouvelle expertise psychiatrique et en observant que l'intimé ne démontrait pas quelles activités simples et répétitives dans le secteur

privé la recourante pourrait effectuer, si bien que des mesures de réadaptation se justifiaient.

Dans sa duplique du 20 décembre 2011, l'intimé a conclu au rejet du recours.

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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 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).

En l'espèce, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, le recours respecte les conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), si bien qu'il est recevable en la forme.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) Selon l'art. 17 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 (al.1). Lorsque, comme en l'espèce, l'administration a rejeté une première demande de rente, puis entre en

matière sur une nouvelle demande, elle doit examiner vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (cf. TF 9C_685/2011 du 6 mars 2012; ATF 130 V 71 consid. 3 p. 73 ss).

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; 113 V 273 consid. 1a; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 in fine et les références). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait 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 les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 p. 351; 125 V 368 consid. 2 et la référence citée; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1 et les références).

En l'espèce, le litige porte sur l'existence d'une aggravation de l'état de santé de la recourante depuis la décision du 21 juillet 2008.

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. 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 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) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration — en cas de recours, le tribunal — se base 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 l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2; 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1; 1312/2006 du 29 juin 2007 consid. 2.3).

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 trancher 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.

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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, 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 et la référence citée). Ce dernier constat a été précisé par le Tribunal fédéral, lequel a relevé en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier, celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF I 81/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2). Cependant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; 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 citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc). L'appréciation des circonstances ne saurait reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance envers l'expert devant au contraire être démontrée par des éléments objectifs qui seraient propres à faire naître un doute sur l'impartialité de l'expert (ATF 132 V 93). La Haute Cour a encore indiqué à ce propos que la présomption d'impartialité de l'expert, ne pouvait être renversée au seul motif de l'existence d'un rapport de travail (subordination) liant l'expert et l'organisme d'assurance (ATF 132 V 376 consid. 6.2; 123 V 175 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_67/2007 du 28 août 2007 consid. 2.4).

4. La recourante soutient en substance avoir fait tous les efforts que l'on pouvait attendre d'elle pour diminuer son dommage. Contestant avoir simulé ses douleurs, elle allègue que son côté démonstratif s'explique dans un contexte d'état dépressif comme le mentionne la Dresse N._____. Elle relève qu'aux dires du Prof W._____, il n'existe pas dans la littérature scientifique de fondement pour étayer les dires du Dr E._____, ni sur le marché du travail de postes permettant à la recourante d'éviter les contre-indications décrites par ce médecin et la décision attaquée ne le démontrant pas. Elle soutient également que, depuis sa nouvelle demande, elle n'a pas fait l'objet d'une nouvelle expertise multidisciplinaire avec évaluation rhumatologique et psychiatrique, la décision attaquée reposant sur l'expertise de la CRR de 2007 alors que dans l'intervalle l'évolution de son état de santé s'est dégradé ce qui justifiait une nouvelle expertise. Elle estime que, compte tenu de ses limitations fonctionnelles, l'OAI ne pouvait se référer au calcul du degré d'invalidité auquel il avait procédé en août 2008, ses limitations fonctionnelles nouvelles ayant assurément une incidence sur le type de travail qu'elle serait encore en mesure d'exercer. Enfin, elle reproche à l'OAI de s'être limité à refuser son droit à des mesures professionnelles sans en expliquer les motifs.

a) Sur le plan somatique, les experts de la CRR dans leur rapport du 12 mars 2007 ont posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de cervicobrachialgies gauches sur status après cure chirurgicale de hernie discale et spondylodèse C6-C7 avec troubles dégénératifs et canal cervical modérément étroit en C4-C5 et C5-C6 et sans répercussion sur la capacité de travail de lombosciatalgies gauches. Ils ont retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles à savoir en position alternée assis-debout, sans port de charges au-delà de 5 kg et sans travaux pénibles. De même, le 12 juin 2007, le Dr M. _____ a retenu des cervico-brachialgies comme atteinte principale à la santé et comme pathologies associées du ressort de l'AI une discopathie C4-C5 et C5-C6, un status après spondylodèse C6-C7, une uncarthrose cervicale, un rétrécissement modéré du canal cervical en C4-C5 et C5-C6 et des lombosciatalgies sur ostéochondrose lombaire basse. Il a également estimé la capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles telles que décrites par les experts.

Quant aux circonstances existant à la date de la décision dont est recours, le Dr E. _____ a posé le 14 avril 2011, les diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail de cervicobrachialgies gauches dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis, de troubles dégénératifs du rachis cervical avec status après discectomie-spondylodèse C6-C7 et après discectomie et mise en place d'une prothèse discale C5-C6 ainsi que de lombalgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec canal lombaire étroit. Il a estimé que dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire (nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement ou de port régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations, pas de mouvements répétés de flexion-extension de la nuque, pas de rotation rapide de la tête, pas de position prolongée en flexion ou extension de la nuque), il n'y avait aucune raison biomécanique à attester une incapacité de travail, le status radiologique après deux opérations de

la colonne cervicale étant tout à fait satisfaisant avec bonne fusion de la spondylodèse C6-C7 et prothèse discale C5-C6 ayant une position idéale, sans signe d'ostéolyse. Il a également constaté une bonne mobilité de l'implant et que les troubles dégénératifs restants au niveau de la colonne cervicale étaient peu importants, puisqu'il n'y avait qu'une cervicarthrose débutante C3-C4 et C4-C5, sans conflit radiculaire décelable et sans hernie molle visible. Il a ainsi retenu une capacité de travail de 100% depuis mars 2007, mis à part la période d'incapacité totale ayant suivi l'intervention chirurgicale (juillet 2008 à avril 2009).

Ces conclusions ne sauraient être mises en doute par celles du Dr Q._____, lequel a estimé le 20 novembre 2008 qu'au vu de l'évolution globale le pronostic de la capacité de travail semblait actuellement favorable avec l'espoir de la reprise d'une activité au printemps 2009, celle-ci devant avoir lieu à un taux progressif avec des restrictions concernant les efforts et le port de charges, les positions du corps n'ayant pas d'importance sauf probablement celle de la tête. Certes, le 23 avril 2009, le Dr T._____ était d'avis que la recourante pourrait effectuer une réinsertion progressive avec une capacité de travail de 25% pour débiter. Toutefois, au contraire du Dr E._____, il n'explique pas les raisons pour lesquelles il retient ce taux. Son appréciation insuffisamment motivée, ne peut dès lors être suivie. Quant au Prof W._____, il mentionne n'avoir eu qu'une connaissance partielle du rapport du Dr E._____, raison pour laquelle sa critique qu'il n'existait pas dans la littérature scientifique de fondements "pour étayer ses dires" ne se justifie pas. Le Prof W._____ ne précise du reste pas ce grief. Pour le reste, il se limite à contester l'existence d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de la recourante. Ses conclusions ne sauraient dès lors être suivies non plus.

Le rapport médical du Dr E._____ procède d'une étude détaillée du cas de la recourante. Fondé tant sur l'examen de l'ensemble de la documentation médicale produite au dossier que sur l'examen clinique de la recourante, il est complet et exempt de contradictions. Ses conclusions, claires et bien motivées ne sont mises en doute par aucun autre rapport médical. Il a ainsi valeur probante.

Il y a dès lors lieu d'admettre que sur le plan somatique la recourante a une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis mars 2007, mis à part la période d'incapacité totale ayant suivi l'intervention chirurgicale subie par celle-ci (juillet 2008 à avril 2009).

b) Sur le plan psychiatrique, il résulte de l'expertise pluridisciplinaire du 12 mars 2007 que la recourante souffrait d'un épisode dépressif léger, sans incidence sur la capacité de travail.

Le 20 novembre 2008, le Dr Q. _____ mentionnait que sur le plan psychique, la recourante était plus sereine et se réjouissait de pouvoir reprendre une activité professionnelle au printemps 2009.

Dans son rapport du 23 mai 2011, la Dresse N. _____ indique suivre la recourante depuis janvier 2007 et mentionne un état dépressif fluctuant en intensité sans autre motivation. Elle ne fait pas état d'une aggravation de l'état de santé de la recourante depuis qu'elle est consultée et observe uniquement que l'état psychique de celle-ci pourrait expliquer une incapacité de travail à 100%. Dans son rapport du 7 juin 2011, elle retient pour la première fois un trouble somatoforme douloureux, mais sans l'étayer sur le plan médical. Elle retient en outre que la recourante souffre d'un état dépressif récidivant de gravité sévère, alors que son précédent rapport datant de deux semaines auparavant n'en faisait pas état. La Dresse N. _____ ne se réfère pas à un système de classification reconnu et les diagnostics posés sont insuffisamment documentés. Le Dr Z. _____ relève au demeurant à juste titre qu'en cas d'épisode dépressif sévère, un suivi du psychiatre traitant à raison d'un contrôle par mois n'est pas cohérent. Enfin, les motifs pour lesquels la Dresse N. _____ estime nulle la capacité de travail de la recourante sont peu clairs. Les rapports de la Dresse N. _____ apparaissent dès lors dénués de valeur probante.

Une aggravation de l'état psychique de la recourante depuis la décision du 21 juillet 2008 n'est ainsi pas établie.

c) Il découle des considérations qui précèdent que le dossier de la cause est instruit à satisfaction de droit sur le plan médical et que de nouvelles mesures d'instruction ne seraient pas susceptibles de modifier l'appréciation de la cour de céans, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'ordonner la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire telle que requise par la recourante.

d) Selon la jurisprudence (ATF 110 V 273), le revenu de l'activité raisonnablement exigible de l'assuré doit être déterminé en se référant aux conditions d'un marché du travail équilibré, la notion du marché équilibré du travail demeurant une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères, on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalidé a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente. En d'autres termes, le marché équilibré du travail étant une notion théorique, il suffit d'examiner quelle est (ou quelle serait) sur un marché du travail supposé équilibré l'activité raisonnablement exigible dans laquelle l'invalidé peut (ou pourrait) mettre à profit sa capacité résiduelle de gain. On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPG, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent

des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (TF 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 et arrêts cités).

Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral a jugé raisonnablement exigible de la part d'une assurée qu'elle travaille à 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, qui étaient les suivantes : absence de port de charges de plus de 5 kg de façon répétitive, absence de position statique assise au-delà de 30 minutes sans possibilité de varier les positions assise et debout, au moins deux fois par heure, de préférence à la guise de l'assurée, absence de position en porte-à-faux ou en antéflexion du tronc contre résistance, absence de montée ou descente d'escaliers à répétition, absence d'activité sur terrain instable ou en hauteur, absence de position en genuflexion ou accroupie, absence d'activité nécessitant des élévations des membres supérieurs au-delà de 90° de façon répétitive et contre résistance, possibilité de réaliser une pause toutes les deux heures pendant laquelle l'assurée peut s'allonger pendant 5 à 10 minutes. Le Tribunal fédéral (arrêt 9C_361/2008 du 9 février 2009) a également jugé raisonnablement exigible de la part d'un assuré qu'il travaille à 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles qui étaient les suivantes : "en lien avec l'atteinte au poignet droit : sans port de charges supérieures à 1 kg, ni mouvements nécessitant une flexion ou une extension marquée de l'articulation, travaux répétitifs ou contre résistance du bras, ni travaux d'écriture de longue durée; en lien avec les lombalgies chroniques : permettant l'alternance des positions assis/debout toutes les 2 heures, sans port de charges supérieures à 15 kg, ni positions tenues en porte-à-faux du tronc; impossibilité de lever des objets lourds, de se pencher en avant, de se trouver sur une machine avec vibration, de rester longtemps assis, de réaliser un travail de bureau."

En l'espèce, les limitations fonctionnelles de la recourante consistent en la nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement ou de port régulier de charges d'un poids excédant 5 kg., pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations, pas de

mouvements répétés de flexion-extension de la nuque, pas de rotation rapide de la tête, pas de position prolongée en flexion ou extension de la nuque. Compte tenu de l'appréciation du Dr E. _____ quant à la capacité résiduelle de travail de la recourante, de la situation personnelle de cette dernière, qui était âgée de 55 ans au moment de la décision attaquée, ainsi que du large éventail d'activités simples et répétitives, n'impliquant pas de formation autre qu'une mise au courant initiale, offert par les secteurs de la production et des services, il n'est de loin pas illusoire ou irréaliste d'admettre qu'il existe un nombre significatif de métiers qui peuvent être exercés par la recourante en dépit de ses limitations fonctionnelles.

e) Pour déterminer le taux d'invalidité, l'OAI s'est fondé sur le même calcul que celui effectué dans sa décision du 21 juillet 2008.

A juste titre la recourante ne critique pas le salaire sans invalidité retenu, soit 39'888 fr. 70. Quant au revenu d'invalidé, il a été évalué, conformément à la jurisprudence, sur la base de statistiques salariales, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé (cf. ATF 126 V 75). L'OAI a ainsi retenu un revenu annuel en 2007 pour une activité exercée à 100% s'élevant à 50'981 fr. 60 et à 80% à 40'785 fr. 36, qu'il a réduit de 10% compte tenu des limitations fonctionnelles de la recourante.

En effet, selon la jurisprudence, le montant statistique ainsi obtenu peut, le cas échéant, encore être réduit en raison des empêchements propres à la personne de l'assuré, par exemple certaines limitations liées au handicap, à l'âge, au nombre d'années de service, à la nationalité, à la catégorie de permis de séjour ou encore au taux d'occupation. Cet abattement permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des paramètres entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La

jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 75 précité consid. 5b).

Dans le cas présent, les limitations fonctionnelles supplémentaires retenues par le Dr E. _____ ne limitent pas de manière significative le nombre d'emplois accessibles à la recourante. Avoir maintenu un taux d'abattement de 10% sur le salaire d'invalidé comme l'a retenu l'OAI est dès lors exempt de toute critique.

Le taux d'invalidité de 10.12 % apparaît ainsi justifié, pour autant que le statut de la recourante à savoir 80% active et 20% ménagère soit confirmé.

Or, lors du dépôt de la deuxième demande, celle-ci a indiqué que sans invalidité, elle travaillerait à 100%.

Dans cette hypothèse, le droit à la rente ne serait pas ouvert non plus. En effet, le salaire sans invalidité à 80% est égal à 39'888 fr. 70 et à 100% à 49'861 francs. Le salaire statistique de 50'981 fr. 58, réduit de 10%, s'élève à 45'888 fr. 42. Le taux d'invalidité serait alors de 7,98% ($\{(49'861 \text{ fr.} - 45'888 \text{ fr.} 42) \times 100\} / 49'861$).

f) Inférieur à 40%, le taux d'invalidité de la recourante n'ouvre pas le droit à la rente, ni à des mesures professionnelles, le taux de l'ordre de 20% nécessaire pour l'octroi de celles-ci (ATF 124 V 108 consid. 2b; TF 9C_818/2007 du 11 novembre 2008 consid. 2.2) n'étant pas atteint.

5. Il résulte de ce qui précède qu'aucune aggravation n'est établie, de sorte que la décision de l'OAI de rejeter la deuxième demande déposée par la recourante n'est pas critiquable, ce qui conduit au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

6. a) La recourante a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération de l'avance de frais ainsi que la commission d'office d'un avocat (art. 118 al. 1 let. a et c CPC [code de procédure civile du 19

décembre 2008, RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocate d'office. Celle-ci a produit la liste de ses opérations, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat de sorte qu'elle doit être arrêtée à 9 heures et trente minutes de prestations d'avocat, soit un montant d'honoraires s'élevant à 1'710 francs. Il y a lieu d'ajouter la TVA au taux de 8% (136 fr. 80), ce qui conduit à une somme de 1'846 fr. 80. En outre, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1), soit en l'espèce 42 fr., plus 3 fr. 36 de TVA à 8%, ce qui justifie le remboursement de 45 fr. 35 pour les débours. L'indemnité d'office du conseil de la recourante doit donc être arrêtée à 1'892 fr. 15, TVA comprise.

La rémunération du conseil d'office ainsi que les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (art. 69 al. 1bis LAI) sont provisoirement supportés par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser le montant dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service de justice et législation de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile, RS 211.02.3]) en tenant compte des montants payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

b) Le présent arrêt est rendu sans dépens, la recourante n'ayant pas obtenu gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 5 mai 2011 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 laissés à la charge de l'Etat.

- IV.** L'indemnité d'office de Me Dominique-Anne Kirchhofer, conseil de la recourante R._____, est arrêtée à 1'892 fr. 15 (mille huit cent nonante-deux francs et quinze centimes).

- V.** Le 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, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

- VI.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Dominique-Anne Kirchhofer (pour R._____),
- 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).

Le greffier :