

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 septembre 2014

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : MM. Métral et Merz
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

T. _____, à Yverdon-les-Bains, recourante, représentée par Procap Suisse
Service juridique, à Bienne,

et

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

Art. 6ss, 43 et 44 LPGA ; 4 et 28 LAI ; 69 al. 2 RAI

E n f a i t :

A. Le 5 décembre 2005, T._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1957, sans formation professionnelle achevée, a déposé une 1^{ère} demande de prestations AI en vue de l'obtention de mesures professionnelles, en raison de son poids, d'un asthme, de l'épaule et d'une cheville fragile. Elle a travaillé comme aide-soignante à la fondation [...], EMS [...] à [...] du 4 décembre 1995 au 10 septembre 2004, le dernier jour de travail effectif étant le 20 avril 2004. Elle a également bénéficié d'une formation de caissière.

Dans ce contexte, l'assurée a été expertisée en date du 10 décembre 2004 par le Dr B._____, spécialiste en médecine interne FMH, mandaté par l'assureur perte de gain maladie. Dans son rapport d'expertise du 15 décembre 2004, ce médecin a posé les diagnostics de troubles de l'adaptation (F43.2), d'une périarthrite calcifiante de l'épaule gauche avec déchirure intra-tendineuse de la région distale insertionnelle à la jonction entre le tendon du sus- et du sous-épineux, ainsi que d'une bursite sous-acromio-deltaïdienne gauche; en plus de ces diagnostics, le Dr B._____ a constaté une obésité et un tabagisme chronique actif. Il attestait une incapacité de travail de l'expertisée à 100 % du 15 mars 2004 jusqu'à mi-janvier 2005, puis de 50 % dans une activité adaptée à l'affection de l'épaule gauche (pas de port de charges de plus de 10 kg, pas de mouvement répétitif de rotation), avec dans les quatre à six semaines suivantes, une reprise de travail à 100%.

Dans un rapport du 3 février 2006 adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI, l'Office AI ou l'intimé), le médecin traitant Dr P._____, spécialiste en médecine générale FMH, a posé les diagnostics invalidants depuis 2004 de périarthrite calcifiante de l'épaule gauche, de cervicobrachialgies gauches sur dysfonction cervicale basse C7-C8, d'épicondylite gauche, d'état dépressif grave et de lombalgies récidivantes avec sciatalgies gauches. Les diagnostics d'obésité et d'asthme allergique étant sans influence sur

la capacité de travail. Le médecin traitant mentionnait les incapacités de travail suivantes ; 100 % (du 15 mars 2004 au 17 janvier 2005) et 50 % (du 17 janvier 2005 au 28 février 2005) sans plus amples précisions quant au taux depuis lors.

Au terme d'un rapport d'examen du 27 septembre 2006, le Dr X._____ du Service Médical Régional (SMR) de l'AI s'est rallié aux constatations et conclusions de l'expertise précitée. Il a ainsi retenu en tant qu'atteinte principale à la santé, un trouble de l'adaptation (F43.2) et en tant que pathologies associées du ressort de l'AI influençant les mesures professionnelles, une périarthrite calcifiante de l'épaule gauche, des cervicobrachialgies sur dysfonction cervicale basse C6-7 ainsi qu'une épicondylite gauche. Les affections d'obésité et de tabagisme n'étant quant à elles pas du ressort de l'AI. S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail résiduelle de l'assurée, le médecin du SMR était d'avis que celle-ci avait présenté une incapacité de travail à 100 % du 15 mars 2004 au 17 janvier 2005, puis de 50 % jusqu'au 28 février 2005 dans l'activité habituelle. Dans l'exercice d'une activité adaptée, le Dr X._____ estimait que l'assurée bénéficiait d'une pleine capacité de travail depuis le 16 février 2005.

Par projet de décision du 20 novembre 2007 - intégralement confirmé selon décision rendue le 14 janvier 2008 - établi sur la base des résultats de l'expertise du Dr B._____, et après comparaison entre les revenus professionnels sans et avec invalidité raisonnablement exigibles, l'OAI a constaté que le degré d'invalidité de l'assurée était de 16,7 %, de sorte que la rente AI lui était refusée.

Selon communication du 20 novembre 2007, l'assurée s'est vue reconnaître par l'OAI le droit de bénéficier d'une aide au placement sous la forme d'un soutien dans ses recherches d'emploi.

B. Le 23 janvier 2009, l'assurée a déposé une 2^{ème} demande de prestations AI. S'agissant des précisions sur le genre d'atteinte à la santé,

elle mentionnait notamment des douleurs au bas du dos avec fourmillements dans les jambes, depuis septembre 2007.

Dans un certificat médical du 26 février 2009, le Dr P. _____ indiquait une augmentation continue des douleurs lombaires irradiant dans les membres inférieurs de sa patiente, lesquelles douleurs étaient liées à une sévère arthrose lombaire. Des infiltrations pratiquées en 2009 n'avaient permis qu'une amélioration partielle de la symptomatologie. En outre, la situation physique/sociale de l'assurée étant difficile, elle favorisait chez celle-ci un état dépressif persistant. En ces circonstances, seule l'exercice à 50 % d'une activité assise et sans efforts semblait envisageable mais pas plus, tel le stage effectué à N. _____ pendant quelques semaines. Le pronostic était moyennement favorable avec peu d'espoir d'amélioration de la situation sur le plan physique.

Par communication du 30 mars 2009, l'OAI a informé l'assurée qu'avec l'accord de celle-ci, il était mis fin à l'aide au placement précédemment octroyée.

A teneur d'un rapport du 2 septembre 2009 à l'Office AI, le Dr P. _____, a posé les diagnostics ayant des effets sur la capacité de travail de périarthrite calcifiée de l'épaule gauche, de cervicobrachialgies gauches sur dysfonction cervicale basse C7-C8, de lombalgies récidivantes avec sciatalgies gauches et d'état dépressif chronique (« depuis 2004 en tout cas »). Dans son anamnèse, le médecin traitant relevait que la situation de l'assurée n'avait pas changé depuis 2006.

Dans le cadre de son droit au chômage, l'assurée a suivi deux emplois temporaires subventionnés (ETS) qui ont été ciblés en fonction de ses limitations fonctionnelles. Les observations durant ces emplois mettent en évidence la nécessité d'une activité adaptée, un taux d'activité réduit, un rendement moyen en concluant que celui-ci correspond au rendement fourni par les collaborateurs bénéficiaires des prestations de l'AI. Le médecin-conseil du Service de l'emploi, à [...], la Dresse R. _____, considérait, le 27 avril 2009, que l'assurée était alors incapable de

travailler à 100 % et soutenait sa demande de pouvoir reprendre une activité occupationnelle à N._____ à [...]. Ce médecin estimait la capacité de travail de l'assurée à 0 %, probablement de longue durée. La Dresse R._____ observait que plusieurs essais s'étaient soldés par des échecs. Seule une activité occupationnelle à N._____ avait été concluante.

A l'occasion d'un avis médical SMR du 1^{er} octobre 2009, le Dr X._____ a pris position comme il suit sur les éléments médicaux figurant au dossier de l'assurée :

“Dans son rapport à l'AI, le Dr P._____ rappelle les diagnostics précédemment connus. Au point 1.4, il précise que la situation n'a pas changé depuis 2006 (soit avant la décision de refus). Par ailleurs, nous ne sommes pas liés par l'avis de la Dresse R._____, ni par les observations de N._____. Médicalement, la situation n'a pas changé. Il n'y a pas lieu de modifier notre position.”

Par projet de décision du 8 octobre 2009, l'Office AI a fait savoir à l'assurée qu'il avait l'intention de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations. Il retenait qu'avec sa nouvelle demande, l'assurée n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées après la décision de refus de prestations antérieure du 14 janvier 2008.

Dans un rapport médical du 5 janvier 2010 établi à l'attention du conseil de l'assurée, le Dr G._____, médecin-chef du Centre thermal à [...], mentionnait des lombalgies continues, « 24h. sur 24h. », avec paresthésies aux cuisses après dix à quinze minutes de marche. Il soulignait que les tests de non organicité de Waddell et de Kummel étaient tous très positifs, la mobilité du rachis lombaire étant très limitée. De l'avis de ce médecin, la composante fonctionnelle comportementale était plus démonstrative. Il énonçait les limitations fonctionnelles physiques suivantes : levage répétitif de charges de plus de 5 kg ou non répétitif de plus de 8-10 kg, toute torsion répétitive du tronc, surtout en position assise et tout travail en flexion soutenue du tronc, même sans effort. Le Dr G._____ estimait ainsi la capacité de travail résiduelle de l'assurée à 50 % dans une activité adaptée.

Dès lors représentée par Procap Suisse Service juridique, le 13 janvier 2010, l'assurée a contesté le projet de décision précité. Elle demandait un réexamen de sa demande de prestations.

Sur le plan psychiatrique, dans le cadre de ses douleurs chroniques, elle a progressivement développé une symptomatologie anxio-dépressive, aggravée en juin 2004 suite au décès de son fils aîné à l'âge de vingt-deux ans, dans un accident de voiture. L'assurée était traitée par psychothérapie et traitement médicamenteux psychotrope prescrit par le médecin traitant, le Dr P._____. Depuis le 12 novembre 2009, suite à une aggravation de son état, l'assurée a bénéficié d'une prise en charge psychiatrique ambulatoire auprès du Dr A._____, psychiatre FMH à [...], avec lequel elle avait rendez-vous à une fréquence d'une fois par mois. Dans un rapport du 19 mars 2010 adressé à l'OAI, ce psychiatre posait le diagnostic ayant des effets sur la capacité de travail de dépression réactionnelle (deuil pathologique) F43.2 et comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail, ceux de personnalité dépendante à traits abandonniques, d'intelligence limite, et de probables séquelles de psychose infantile (F70, F80). Il attestait une incapacité de travail de l'assurée à 50 % dans une activité lucrative manuelle non qualifiée en atelier protégé.

Au terme d'un avis médical du 1^{er} juin 2010, les Drs X._____ et S._____ du SMR ont constaté que le rapport précité du Dr A._____ n'était pas de nature à modifier leur position antérieure sur l'état de santé de l'assurée. Ils se sont prononcés en ces termes sur le contenu du rapport du Dr A._____ :

“Le Dr A._____ suit l'assurée depuis novembre 2009. Il retient les diagnostics de dépression réactionnelle (deuil pathologique) F43.2, et de personnalité dépendante à traits abandonniques, intelligence limite et probables séquelles de psychose infantile. Il conclut à une capacité de travail résiduelle de 50% en milieu protégé, sans précision de date.

Ce rapport appelle les commentaires suivants:

- Sous F43.2, la CIM-10 (nomenclature internationale des maladies) comprend un trouble de l'adaptation. Par définition, les symptômes ne persistent pas au-delà de six mois après la disparition du facteur de stress (en l'occurrence le décès accidentel du fils en 2004). Ce trouble a été reconnu par le Dr B. _____. Il a été admis qu'il n'était plus incapacitant depuis février 2005. Il ne s'agit donc aucunement d'un diagnostic nouveau.
- «Personnalité dépendante » ne signifie pas « trouble de la personnalité dépendante ». On entend par là une caractéristique constitutive de la personnalité, présente depuis l'adolescence, sans caractère morbide, qui n'a pas empêché l'assurée de travailler jusqu'en 2004.
- La même remarque s'applique aux diagnostics d'intelligence limite et de probables séquelles de psychose infantile.
- Le status psychiatrique n'est pas décrit.
- Les limitations fonctionnelles objectives manquent.”

A teneur d'un formulaire complété le 26 juin 2010, l'assurée a notamment communiqué à l'OAI qu'en bonne santé, elle travaillerait en tant qu'aide-infirmière à un taux de 70 à 80 %, voire à 100 % si nécessaire.

Dans le cadre de l'instruction de sa demande de prestations, l'assurée a été convoquée en date du 13 septembre 2010 dans les locaux du SMR afin d'y subir un examen rhumatologique et psychiatrique. Dans leur rapport d'examen bidisciplinaire du 15 décembre 2010, en connaissance de l'ensemble des pièces médicales figurant au dossier, les Drs E._____, psychiatre FMH, I._____, ancienne médecin-chef adjointe, physiatre, et experte médicale SIM, et W._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation FMH également expert SIM, se sont notamment prononcés comme il suit sur l'état de santé de l'examinée :

“DIAGNOSTICS

- avec répercussion durable sur la capacité de travail

- SYNDROME LOMBAIRE DANS LE CONTEXTE D'UN TROUBLE STATIQUE ET DÉGÉNÉRATIF AVEC NOTAMMENT UNE DISCOPATHIE AVANCÉE L4-L5 AVEC SIGNES MODIC, ANTÉROLISTHÉSIS L5 AVEC SIGNES CLINIQUES D'INSTABILITÉ ; DYSBALANCES MUSCULAIRES (M51.3/M43.1).

- PÉRIARTHROPATHIE SCAPULO-HUMÉRALE GAUCHE DANS LE CONTEXTE D'UNE LÉSION DE LA COIFFE DES ROTATEURS (M75.1).
- TROUBLE MIXTE DE LA PERSONNALITÉ DÉPENDANTE ET PASSIVE À TRAITS ABANDONNIQUES DÉCOMPENSÉ, AVEC EFFONDREMENT DES RESSOURCES D'ADAPTATION AUX CHANGEMENTS ET RÉGRESSION (F61).

- sans répercussion sur la capacité de travail

- GENUA VALGA AVEC ÉBAUCHE DE GONARTHROSE DU COMPARTIMENT INTERNE (M17.0/M21.0).
- CERVICALGIES INTERMITTENTES.
- OBÉSITÉ MORBIDE (BMI 39,5).
- ANÉMIE FERRIPRIVE TRAITÉE.
- STATUS POST-EXCISION D'UNE TUMEUR OVARIENNE EN 1991.
- STATUS POST-FRACTURE DE LA MALLÉOLE DROITE.
- STATUS POST-APPENDICECTOMIE DANS L'ADOLESCENCE.
- DYSTHYMIE (F34.1).

APPRÉCIATION DU CAS

Cette assurée, âgée de 53 ans, d'origine suisse, présente donc des lombalgies depuis 2004 et des scapulalgies gauches. Les examens approfondis ont mis en évidence une périarthrite scapulo-humérale calcifiante et, au niveau lombaire, une discopathie avancée L4-L5 et un antélisthésis L5 avec installation d'une claudication assez importante.

Lors de l'examen de ce jour, on est en face d'une dame en bon état général, collaborante, présentant une obésité morbide, avec actuellement un poids de 99 kg pour une taille de 160 cm. Elle a fait l'effort de faire un régime avec perte d'environ 20 kg en 2 ans. Pendant l'examen, on constate une incontinence urinaire au stress.

Le status ostéo-articulaire met en évidence un trouble de la statique rachidienne avec antépulsion du tronc et déviation vers la droite, l'assurée n'arrive pas à se tenir droite pendant plus que quelques minutes. La mobilité cervicale et dorsale est dans les limites de la norme, quelque peu douloureuse pour l'inclinaison latérale droite et la flexion de la nuque. Au niveau lombaire, on note une nette diminution de la mobilité, douloureuse dans toutes les directions. On mesure ainsi une distance doigts-sol de 33 cm, une distance doigts-orteils en position assise de 16 cm et des index de Schober de 30/31 cm, respectivement 10/12 cm. L'assurée a besoin de s'appuyer sur ses cuisses pour se redresser de la position penchée en avant. La musculature est difficile à évaluer vu l'obésité, on ne palpe pas de contracture paravertébrale ni de douleurs dans cette région, par contre les apophyses L2 à S1 sont hautement douloureuses à la

palpation et à la percussion. On palpe également quelques douleurs au niveau des masses latérales cervicales.

L'examen neurologique ne montre aucun déficit sensitivo-moteur, le test de Lasègue est négatif, le signe du trépied absent. Il y a 1/5 signes décrits selon Waddell en faveur d'un processus non organique, ne permettant pas de retenir ce diagnostic.

Le dossier radiologique confirme le trouble de la statique rachidienne et met en évidence des discopathies étagées, notamment L4-L5, avec signes MODIC, ainsi qu'un antélisthésis L5 de degré I, également avec des signes MODIC, parlant en faveur d'une instabilité segmentaire. Ce diagnostic radiologique est confirmé par la clinique.

Au niveau des genoux, on constate des genua valga avec surcharge des compartiments internes, sans réaction dégénérative significative. La mobilité de l'épaule gauche est satisfaisante, l'assurée peut lever ses bras au-delà de l'horizontale et les tests en faveur d'une atteinte de la coiffe des rotateurs sont négatifs.

En conclusion, le problème principal ostéo-articulaire est un syndrome lombaire avec les signes cliniques et radiologiques pour une instabilité segmentaire L4-L5. Il est clair que l'obésité et l'inactivité physique joue[nt] un rôle négatif dans cette situation, mais le contexte global est peu favorable pour une normalisation du poids et/ou un reconditionnement. Il est ainsi tout à fait compréhensible que l'assurée éprouve des difficultés à se déplacer et à rester debout, par contre, la position assise lui convient mieux comme le prouve son travail chez N._____. Les 80% de temps de présence qu'elle effectue actuellement, semblent au-delà de la limite de ce qu'elle peut vraiment fournir, et la capacité de travail, estimée à 50 % par son médecin traitant, paraît plus proche de la réalité au vu de l'examen clinique ostéo-articulaire de ce jour.

Sur le plan psychiatrique, depuis juin 2004, dans le cadre de ses douleurs chroniques et suite au décès de son fils, l'assurée développe une symptomatologie anxio-dépressive avec une évolution chronique.

Dans l'expertise médicale effectuée le 15.12.2004 par le Dr B._____, l'assurée est décrite comme négligée, fortement ralentie sur le plan psychomoteur, hypomimique, néanmoins un peu passive, avec des troubles de l'attention et de la concentration. L'angoisse est bien perçue avec une humeur triste, anhédonique, entrecoupée de pleurs, des idées noires, sans idées suicidaires, avec des sentiments de culpabilité. L'expert retient le diagnostic de trouble de l'adaptation et il est d'avis qu'une reprise de la capacité de travail à 50 % pourrait avoir lieu à la mi-janvier 2005 et dans les 4 à 6 semaines suivantes, une reprise de travail à 100 % devrait être possible. Le pronostic est évalué comme bon quant à l'évolution de l'affection dépressive, mais mitigé quant à l'affection de l'épaule gauche. Par décision du 20.11.2007, la demande de prestations de l'assurance-invalidité est rejetée et l'assurée bénéficie d'une aide au placement.

Dans le certificat médical du 26.02.2009, le médecin traitant, le Dr P._____, atteste une aggravation de l'état de l'assurée depuis le

début de l'année 2008. Il atteste que, dans une activité adaptée, sans effort, la capacité de travail est de 50%. Cependant, l'assurée entreprend 2 stages à N. _____ du 1.11.2007 au 31 .08.2008 à un taux d'activité de 70% et un rendement maximum de 60% et un 2^{ème} stage à [...] du 1.09.2008 au 31.10.2008 à un taux d'activité de 80% avec un taux de rendement maximum de 40%. Selon M. L. _____, directeur et Mme O. _____, assistante de direction à N. _____, un engagement dans le cadre d'un emploi protégé en atelier paraît adapté à la situation de Mme T. _____ ou un emploi adapté dans l'économie tenant compte des limitations fonctionnelles et incidences sur le rendement et, dans les 2 cas de figure, avec un taux d'activité réduit. Par décision du 8.10.2009, la demande de prestations AI est rejetée, contre laquelle l'assurée fait opposition. Dans le rapport médical du 19.03.2010, le Dr A. _____, psychiatre traitant depuis le 12.11.2009, retient les diagnostics de dépression réactionnelle (deuil pathologique), personnalité dépendante à traits abandonniques, intelligence limitée, probables séquelles de psychose infantile et il atteste une incapacité de travail de 50%. Selon la CIM-10 le diagnostic de deuil pathologique est un trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée qui ne persiste pas au-delà de 2 ans. Or, le diagnostic de trouble de l'adaptation a déjà été retenu par le Dr B. _____ dans son expertise médicale.

Sur la base de notre observation clinique, nous avons retenu le diagnostic de dysthymie, qui est une dépression chronique de l'humeur, mais dont la sévérité est insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen. La dysthymie n'a pas d'incidence sur la capacité de travail.

L'assurée présente également un trouble mixte de la personnalité dépendante et passive à traits abandonniques, décompensé, accompagné d'un effondrement des ressources d'adaptation aux changements et d'une importante régression qui justifie une diminution de la capacité de travail de 50%. Cette assurée régressée, sans moyen d'introspection, dépendante et passive, abandonnique, n'arrive plus à assumer ses responsabilités socioprofessionnelles. Fatiguée psychiquement et physiquement, elle a épuisé ses ressources et actuellement elle s'accroche à son activité de type occupationnel à N. _____ qui, à notre avis, a plutôt un but thérapeutique car l'assurée travaille au-dessus de ses forces.

Sur la base de notre observation clinique, notre assurée présente une capacité de travail exigible de 50% tout au plus, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques et ceci depuis le 18 janvier 2005. Il faut admettre que les prévisions d'amélioration avec une capacité de travail entière du Dr B. _____ ne se sont pas produites. A notre avis, le pronostic à moyen et long terme est défavorable.

Limitations fonctionnelles

Sur le plan somatique, l'assurée peut travailler dans une position sédentaire, avec la possibilité de se lever de temps en temps. Les déplacements sont limités à 15 minutes sur terrain plat. L'assurée ne peut pas monter et descendre à répétition des échelles, échafaudages et escaliers, elle ne peut pas faire des genuflexions à

répétition ou travailler accroupie ou agenouillée. Le port de charges est limité à 10 kg occasionnellement, 3 kg en répétition. Elle ne peut pas travailler avec les bras au-delà de l'horizontale.

Sur le plan psychiatrique: régression, épuisement, troubles cognitifs, effondrement de ressources d'adaptation aux changements.

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

Début 2008 selon le certificat médical du Dr P._____ du 26.02.2009, où il atteste l'augmentation des douleurs lombaires.

Depuis le 15.03.2004 (rapport médical du Dr P._____ du 9.02.2006)

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?

Sur le plan somatique, 100 % dès lors jusqu'à mi-janvier 2005, puis 50 % depuis le 18.01.2005 pour des raisons psychiatriques.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE DANS UN EMS: 0% DEPUIS MI-MARS 2004.

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE: 50% DEPUIS MI-JANVIER 2005."

A teneur d'un avis médical SMR du 18 janvier 2011, sur la base des conclusions de l'examen bidisciplinaire précité, le Dr X._____ a corrigé ses précédentes conclusions sur l'évaluation de la capacité de travail résiduelle de l'assurée (établies selon rapport d'examen du 27 septembre 2006). Ce praticien a par conséquent retenu qu'au vu de son atteinte psychiatrique, l'assurée était limitée au taux de 50 % dans l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques depuis janvier 2005. Partant, elle ne bénéficiait pas d'une pleine capacité de travail depuis février 2005 tel que prise en compte antérieurement.

Dans un rapport d'enquête économique sur le ménage du 16 mars 2011, l'enquêtrice K._____ a proposé un statut 100 % active concernant l'assurée. La motivation en était la suivante :

"Motivation du statut : L'assurée a été considérée comme 100% active lors de la première demande. Le jour de l'enquête l'assurée déclare qu'elle travaillerait à 100% pour des raisons strictement financières. Pour vivre mieux, elle explique qu'un temps plein lui serait nécessaire afin de ne pas se priver comme c'est le cas en ce moment. Elle dit qu'elle aurait repris son métier d'aide-infirmière car elle aimait son métier, elle aurait pu travailler aussi bien la nuit comme de jour. Il n'y a pas de changement dans la vie de notre

assurée pour justifier un changement de statut et nous proposons de maintenir le 100% active motivé par des raisons uniquement économiques, cette assurée étant au RI”

Selon un questionnaire rempli le 13 mai 2011, l’employeur N. _____ indiquait en particulier sous la rubrique « 3. Observations » que l’assurée qui avait débuté son activité à 100 % le 22 mars 2010, l’avait réduite au taux de 80 % à compter du 12 avril 2010 en raison de douleurs et d’une trop grande fatigue sans que des absences pour maladie ou accidents n’eussent été relevées.

Dans un avis de juriste du 23 mai 2011, il a été relevé ce qui suit :

“Sur la base de son examen clinique, le SMR arrive à la conclusion que la capacité de travail est de 50 % dans une activité adaptée depuis janvier 2005, et que le précédent rapport SMR, qui retenait une capacité de travail totale depuis février 2005, doit être « corrigé » dans ce sens...

Nous avons toutefois rendu une décision de refus de rente et de reclassement le 14 janvier 2008, laquelle est entrée en force faute de contestation. Il n’est dès lors possible d’y revenir que si les conditions d’une reconsidération sont remplies.

Notre première décision était-elle alors manifestement erronée? A mon avis, oui. Nous avons à l’époque retenu une capacité de travail totale dans une activité adaptée en nous basant sur les seules prévisions d’amélioration du Dr B. _____, expert pour le compte de l’assurance perte de gain, et n’avions jamais vérifié cette amélioration a posteriori... Nous avons bien tenté de demander un complément d’expertise à ce médecin, mais avons ensuite renoncé à tout complément d’instruction suite au refus du Dr B. _____... D’autre part, nous nous étions basés sur le seul avis d’un spécialiste en médecine interne, alors que le diagnostic principal était d’ordre psychiatrique.

Selon l’art. 88bis al. 1 let. c RAI [règlement sur l’assurance-invalidité du 17 janvier 1961, RS 831.201], l’augmentation de la rente prend effet dès le mois où le vice de la première décision a été découvert. En l’occurrence, je pense que ce n’est qu’au moment de l’examen clinique au SMR que nous nous sommes rendus compte de notre erreur, les médecins concluant clairement à une incapacité de travail ininterrompue depuis 2004, contrairement à ce qui avait été admis initialement. Je remarque que toutes les pièces médicales reçues jusque-là laissaient plutôt penser que l’état de santé s’était aggravé postérieurement à notre décision, et que celle-ci n’était pas remise en cause.

Cet examen ayant été effectué en septembre 2010, le droit à une rente peut être ouvert dès le 1^{er} septembre 2010 (il est vrai que le rapport de cet examen n'a été établi qu'en décembre 2010, mais je pense que l'assurée n'a pas à supporter le retard dans l'établissement du rapport).

Ceci dit, la capacité de travail dans une activité adaptée étant limitée à 50 %, le préjudice économique sera forcément important, et pourrait ouvrir le droit à des mesures de reclassement. Le dossier doit donc être soumis à un spécialiste en réinsertion professionnelle pour examen. Serait-il possible de diminuer le préjudice économique par des mesures professionnelles? Si oui, l'assurée est-elle prête à entrer dans de telles démarches? Une activité adaptée existe-t-elle sur le marché du travail compte tenu des différentes limitations? Y a-t-il moyen d'utiliser les renseignements fournis par N. _____ (ou de les interroger) pour se déterminer sur cet aspect? Cas échéant, y a-t-il lieu de mettre l'assurée en demeure de collaborer à des mesures puis de procéder à une approche théorique (avec exemples d'activités adaptées) ? etc”

Par communication du 19 décembre 2011, l'OAI a alloué à l'assurée des mesures professionnelles sous la forme d'un stage d'orientation professionnelle dans le secteur du secrétariat auprès du Centre Orif de [...] du 9 janvier 2012 au 30 mars 2012.

Au terme d'un rapport du 13 février 2012, Q. _____, directeur du Centre Orif de [...], s'est prononcé comme il suit s'agissant du cas de l'assurée :

“Conclusion

Suite aux difficultés observées, un terme a été mis à la mesure d'observation de Mme T. _____ en date du 27 janvier 2012.

Cette mesure a occasionné beaucoup de stress et de fatigue et a confronté l'assurée à ses limitations. Des réserves importantes ont pu être constatées sur des aspects de mémoire, de concentration et d'adaptation à sa situation de santé.

Compte tenu des observations susmentionnées et des difficultés relevées, nous pensons que les perspectives de réinsertion professionnelle de Mme T. _____ sont réduites, voire nulles, si le rythme de progression dans les nouveaux apprentissages, l'autonomie et la productivité/rendement n'étaient pas considérablement augmentées.

L'âge et la santé fragile de votre assurée constituent des facteurs qui réduisent encore davantage son employabilité sur le marché du travail.”

Par communication du 14 mai 2012, l'OAI a octroyé à l'assurée une mesure d'orientation professionnelle effectuée auprès de la Fondation N._____ à [...] du 29 mai 2012 au 27 juillet 2012.

Dans un rapport de stage du 19 juillet 2012, H._____, coordinatrice socioprofessionnelle chez N._____, a relevé ce qui suit en lien avec la capacité de travail résiduelle de l'assurée:

“Observations :

Mme T._____ a effectué son stage au sein de notre atelier multiservices tous les matins de 7h55 à 12h00.

Elle a effectué les trajets pour se rendre de son domicile à Yverdon-les-Bains jusqu'à notre site de [...] en voiture tous les jours de la semaine. Selon ses dires, les trajets ont représenté une difficulté pour elle (angoisses la veille et peur dans la circulation). Malgré cela, elle est arrivée tous les jours à l'heure pour débiter le travail et nous n'avons relevé aucune absence injustifiée.

Elle a quitté son poste à 12h00 mercredi 18 juillet 2012 en disant ressentir de très importantes douleurs dans la jambe droite. Elle s'est rendue le même jour chez son médecin généraliste, le Dr P._____, qui a constaté une perte quasi-totale des réflexes dans la jambe droite. Le Dr P._____ lui a prescrit un traitement à base de cortisone. Il est prévu qu'elle effectue un examen médical supplémentaire (IRM) le mardi 24 juillet 2012. Ces symptômes avaient déjà été relevés lors de la dernière consultation qu'elle a eu avec son psychiatre le Dr. A._____.

Mme T._____ n'est pas venue travailler le jeudi 19 juillet 2012 en raison de ses douleurs. Elle a néanmoins spontanément fait l'effort de venir au bilan de fin de stage prévu à 11h00.

Activités: Mme T._____ a effectué l'entier de son stage au sein du secteur multiservices. Elle a pu y effectuer différents types de travaux de conditionnement légers et simples.

Conditionnement de savon

Travail consistant à mesurer puis couper à la main des blocs de savons dans le but d'en faire des échantillons. Mme T._____ a effectué ce travail en position assise. Sur 4 heures de travail, nous avons relevé qu'elle a dû en moyenne se lever 2 à 3 fois quelques minutes pour marcher afin d'atténuer ses douleurs dans le bas du dos (en plus de la pause de 15mn).

Cette activité lui a plu. Elle l'a réalisée tout à fait adéquatement. Mme T._____ s'est montrée précise et habile de ses mains. Elle a suffisamment de force physique dans les mains pour effectuer les mouvements nécessaires à la découpe manuelle. Elle a effectué le travail avec un rythme régulier mais plutôt lent.

Préparation de notices d'accompagnement pour appareils médicaux

- Assemblage des documents et mise en sachet

Travail consistant à prendre des documents dans différents bacs pour les assembler selon un ordre prédéfini dans un sachet en plastique. Activité manuelle simple nécessitant une dextérité fine mais sans précision particulière.

Mme T. _____ a réalisé ce travail en position assise avec la même fréquence d'alternance de position que dans l'activité mentionnée précédemment soit 2-3 fois par matinée en plus de la pause.

- Contrôle qualité des notices d'accompagnement

Travail consistant à peser les sachets contenant les notices afin d'en contrôler le contenu.

Cette tâche n'est en soi pas difficile mais requiert une bonne capacité de concentration et comporte une responsabilité. Elle s'est avérée difficile pour Mme T. _____ qui a éclaté en sanglots à cause du stress provoqué par les remarques d'une collègue.

Mise sous pli et conditionnement divers

Activités de préparation de mailing, de petits conditionnements légers comportant la pose d'étiquettes. L'aspect répétitif de l'activité n'a pas gêné Mme T. _____. Elle a fait preuve d'une bonne dextérité dans les pliages et la pose des étiquettes. Son travail a toujours été qualitativement correct. Son rythme est régulier mais reste lent.

Conditionnement de paquets de pâtes

Travail à la chaîne dans un groupe de plusieurs personnes. Mme T. _____ a eu du mal à suivre le rythme donné par ses collègues. Elle a pu manipuler des paquets de pâtes de 3kg en les glissant sur une table mais a rapidement manifesté des signes de fatigue et exprimé des douleurs. Elle s'est montrée capable d'effectuer une étape de la chaîne (p.ex pose des étiquettes) mais s'est tout de suite trouvée stressée et déstabilisée quand elle a dû y ajouter une deuxième activité (coller les étiquettes et posées une poignée). Le stress du rythme de travail ou de deux activités en même temps lui a fait perdre ses moyens.

Il nous a été impossible de lui proposer des travaux plus lourds physiquement, Mme T. _____ souffrant manifestement de manière continue de ses douleurs (obligation d'interrompre son activité pour se lever, gesticulation sur sa chaise en position assise, grimace, difficulté à se mouvoir).

Mme T. _____ a de bonnes aptitudes professionnelles sur des activités manuelles simples et légères. Elle se montre autonome sur les travaux simples une fois les consignes reçues et assimilées. La position assise statique lui occasionne des douleurs constantes l'obligeant à alterner les positions plusieurs fois par demi-journée. A midi, elle quitte sa place de travail et rejoint sa voiture péniblement. Son pas est lent et hésitant. Elle dit ressentir des douleurs à chaque pas. Elle nous a rapporté avoir eu un accrochage avec sa voiture en

raison de ses douleurs très importantes à la jambe droite en se rendant chez le médecin le 18 juillet 2012.

Malgré sa bonne dextérité manuelle et son travail de qualité, Mme T. _____ a un rythme d'exécution des tâches lent. Nous évaluons son rendement à 30% (sur un 50% de taux d'activité).

Mme T. _____ a beaucoup de mal à gérer les situations de stress: trajets en voiture, remarques de ses collègues, tâches multiples. Elle craint de devoir assumer des responsabilités même légères (contrôles qualité).

Nous avons relevé des signes de plus en plus marqués de douleurs au fur et à mesure du stage. Mme T. _____ a exprimé ressentir une dégradation de son état de santé physique depuis le début de l'année. Elle souffre également psychologiquement de baisses de moral. Mme [...], son assistante sociale nous a contactés en début de stage pour nous faire part de son inquiétude après avoir rencontré Mme T. _____ dans le cadre d'un entretien. Mme T. _____ a entretenu de bonnes relations avec ses responsables mais n'a pu créer aucun lien avec ses collègues. Elle a eu du mal à s'intégrer dans ce nouvel environnement de travail.

Conclusions

A notre sens, il paraît difficile d'envisager une reprise d'activité dans la première économie de marché pour toutes les raisons décrites ci-dessus. Mme T. _____ nous a semblé faire preuve de bonne volonté durant toute la durée de son stage mais les limitations tant physiques (nécessité d'alterner les positions fréquemment, impossibilité de porter des charges, manque d'endurance etc.) que psychologiques (résistance au stress) nous laissent à penser que Mme T. _____ aurait du mal à intégrer et conserver un poste dans une entreprise classique. Mme T. _____ a besoin d'un environnement adapté et d'un encadrement rassurant.

En outre, nous relevons que ses connaissances en informatique sont nulles et qu'elle exprime ne pas montrer d'intérêt pour ce type d'activité."

A la suite d'une IRM lombaire de l'assurée réalisée en date du 24 juillet 2012, dans un rapport établi le 25 juillet 2012, le Dr F. _____, radiologue FMH au Centre d'Imagerie du [...] ([...]) a fait les constatations suivantes :

"Conclusion

Hernie discale L3-L4 postéro-médiane à caractère descendant.

Protrusion discale postérieure diffuse L4-L5.

Pas de sténose spinale ni de conflit disco-radiculaire notamment du côté droit. Discopathie L3-L4 et surtout L4-L5.

Antélisthésis dégénératif millimétrique du 1^{er} degré en L5-S1 sur arthrose postérieure."

Dans un avis médical SMR du 7 août 2012, le Dr V._____, a indiqué que le rapport de radiologie précité ne faisait que confirmer le diagnostic de syndrome lombaire de l'assurée, par la discopathie en L3-L4 et L4-L5 sans signe de compression, tel que retenu au terme de l'examen clinique SMR de septembre 2010. Partant, ce médecin était d'avis que l'assurée bénéficiait d'une exigibilité de 50 % dans une activité adaptée, l'activité habituelle n'étant plus exigible.

Par communication du 5 février 2013, l'OAI a informé l'assurée de la prise en charge d'un stage d'orientation professionnelle effectué auprès de l'entreprise C._____ Sàrl à [...], du 11 février 2013 au 8 mars 2013. Le taux de présence audit stage était de 50 %.

A teneur d'un courriel interne du 13 mars 2013, un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'AI a fait notamment part du fait que la mesure de stage du 11 février 2013 au 8 mars 2013 auprès de C._____ Sàrl s'était avérée satisfaisante, l'assurée ayant toutefois été absente à plusieurs reprises pour des motifs d'ordre médical (rendez-vous et maladie). Une grande lenteur avait par ailleurs été relevée.

Dans un rapport final REA du 15 avril 2013, la situation de l'assurée était décrite comme il suit :

“Résumé des mesures professionnelles mises en place :

Stage d'orientation - secrétariat PI - Orif [...] 2012
Stage d'observation évaluation -N._____ [...] 2012
Stage en économie - C._____ - [...] 2013

Résultats des mesures précitées (*situation actuelle du bénéficiaire*) :

En ce qui concerne la mesure auprès de l'Orif [...], cette dernière a été interrompue en raison du stress que cela a provoqué à notre assurée [...]. Pour la mesure d'évaluation auprès de N._____, l'assurée est allée jusqu'au terme de celle-ci, il ressort que Mme T._____ a de bonnes aptitudes professionnelles. Toutefois, et selon le rapport du centre du 19.07.2012, il paraît difficile d'envisager une reprise d'activité en économie. Toutefois, le stage auprès de C._____ à [...] a été positif, l'assurée s'est intégrée et est arrivée à produire un rendement, avec des activités simples et légères.

Revenu sans invalidité : Sfr. 56'064.00 en 2012

Revenu avec invalidité : Sfr. 24'358.00 en 2012
Préjudice économique : Sfr. 31'705.00 Degré d'invalidité : 56.55%

Les conclusions des différents stages confirment qu'il n'est pas possible d'envisager une formation, aussi simple soit-elle. L'assurée manque totalement de motivation et d'énergie. Elle reste figée sur ses douleurs, et s'est chronifiée dans cette activité depuis plusieurs années."

Par projet de décision du 14 mai 2013, annulant et remplaçant le précédent projet rendu le 8 octobre 2009, l'Office AI a fait part de son intention d'accorder à l'assurée une demi-rente dès le 1^{er} septembre 2010.

Le 17 mai 2013, l'assurée s'est adressée en ces termes à l'OAI :

"Par la présente et suite à la réception des dernières pièces du dossier (votre envoi du 25.4.13), j'ai constaté que le stage chez C._____ n'a pas fait l'objet d'un rapport. Il est simplement dit dans le rapport final de la réadaptation du 15.4.13 que le stage en question a été positif.

Ne disposez-vous vraiment pas d'un rapport de C._____ ? Si vous en avez un, je vous saurais gré de bien vouloir me le faire parvenir au plus vite."

Le 7 juin 2013, l'assurée a fait part à l'OAI de ses observations sur le projet de décision du 14 mai 2013.

A la suite d'un entretien avec l'assurée, laquelle se plaignait en particulier d'un manque d'informations quant au dernier stage effectué auprès de C._____ Sàrl, dans une note de suivi du 25 juin 2013, la Division réadaptation de l'OAI a fait mention des précisions suivantes:

"Entretien téléphonique du 25.06.2013 avec Mme D._____, responsable RH de C._____ SARL à [...].

En complément à la demande du document du 21.06.2013 (GED), nous contactons C._____ à [...], Mme D._____, pour des informations complémentaires sur le stage de Mme T._____ effectué du 11.02.2013 au 08.03.2013.

Sur la présence de 50% de l'assurée, Mme T._____ a été souvent absente pour des rdv de médecin pris pendant les heures de travail.

En ce qui concerne les tâches effectuées, Mme T._____ s'est occupée de contrôle électrique, avec la possibilité d'alterner les positions et ce sans port de charges.

De marquage, également avec les positions alternées et sans port de charges, les activités étaient simples, elle a effectué les tâches facilement, mais en raison de ses absences il a été difficile de vérifier le rendement. Par contre, Mme T._____ a les compétences pour une activité simple, répétitive, et qui respecte les limitations fonctionnelles.

Elle a entretenu de bons rapports avec ses collègues.”

Dans un courrier du 12 juillet 2013, l'OAI s'est adressé en ces termes au conseil de l'assurée :

“Le 14 mai 2013, nous vous avons fait parvenir un projet de décision d'octroi d'une demi-rente concernant notre assurée susmentionnée, considérant qu'elle présentait une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations. Nous précisons d'autre part que nous entendions reconsidérer notre décision de refus de rente du 14 janvier 2008.

Par courrier du 7 juin 2013, vous contestez notre position sur plusieurs aspects.

Au plan économique tout d'abord, vous alléguiez que notre assurée ne serait plus en mesure de mettre en valeur dans l'économie la capacité de travail de 50 % qui lui est reconnue par les médecins; vous vous référez à cet égard aux stages d'orientation effectués à l'Orif de [...] puis chez N._____. Vous relevez d'autre part que le stage effectué chez C._____ n'a pas fait l'objet d'une évaluation écrite, et que les indications orales reprises par notre spécialiste en réinsertion professionnelle ne seraient qu'une hypothèse non probante.

Il est vrai que l'entreprise C._____ refuse d'établir des bilans écrits à la suite des stages d'observation effectués pour notre assurance; toutefois, pour donner suite à votre contestation, nous avons demandé à notre spécialiste en réinsertion professionnelle de reprendre contact avec cette entreprise afin d'obtenir des précisions sur les travaux effectués et le rendement. Nous nous référons à cet égard à la note d'entretien du 25 juin 2013 que vous trouverez en annexe. Il en ressort que le rendement a difficilement pu être évalué en raison de nombreuses absences pour des rendez-vous médicaux pris pendant les heures de travail (alors même que le stage s'effectuait à 50 %). En revanche, votre mandante a pu effectuer différentes tâches (contrôle électrique, marquage) à satisfaction. En conclusion, pour cette entreprise, Mme T._____ a les compétences pour une activité simple et répétitive respectant ses limitations fonctionnelles.

Nous soulignons de plus qu'il s'agit là d'une entreprise de l'économie, et que son appréciation est par conséquent concrète et réaliste.

Nous relevons d'autre part que notre assurée n'a plus travaillé dans l'économie depuis de nombreuses années; il est donc normal qu'elle présente un certain déconditionnement, occasionnant une perte de rythme et de rendement, ce qui s'est retrouvé dans les premiers stages effectués.

Nous rappelons également que Mme T. _____ avait pris part à un programme d'occupation de l'assurance-chômage d'une durée d'une année au sein de N. _____, à un taux de 70 puis 80 %. Selon le rapport de cette institution du 21 novembre 2008, un emploi adapté dans l'économie serait envisageable à taux partiel, en tenant compte des limitations fonctionnelles et de leur incidence sur le rendement. Il est d'autre part précisé que du point de vue du comportement, notre assurée présente les qualités d'une bonne employée, qui ne nécessite aucun encadrement (au contraire des limitations fonctionnelles qui justifient des aménagements particuliers).

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, un effort de volonté apparaît raisonnablement exigible de la part de notre assurée, conformément à son obligation de réduire le dommage, afin qu'elle exerce une activité simple et répétitive dans l'économie, au taux de 50 % défini par les médecins.

Notre approche économique tient compte de l'influence des limitations fonctionnelles sur la capacité de gain puisqu'un abattement supplémentaire de 10 % sur le salaire statistique de l'ESS (enquête suisse sur la structure des salaires) a été retenu dans ce but.

Nous rappelons également qu'une aide au placement a été proposée à Mme T. _____, et que dans ce cadre, différentes mesures pourraient être mises en place pour la soutenir dans une reprise d'emploi ; nous pensons notamment à une allocation d'initiation au travail, qui a pour but de compenser un rendement inférieur à la norme pendant les premiers mois d'activité.

Vous remettez d'autre part en question la date de début du droit aux prestations, en contestant le fait que nous soyons dans un cas de reconsidération de notre précédente décision de refus de rente.

S'agissant de la date de début de l'incapacité de travail ininterrompue tout d'abord, elle a été fixée sur la base des conclusions de l'examen clinique bidisciplinaire effectué au SMR en septembre 2010. Les experts viennent expressément corriger rétroactivement la capacité de travail exigible dans une activité adaptée retenue dans notre décision de refus de prestations du 14 janvier 2008, en précisant que les prévisions d'amélioration prises en compte en 2008 ne se sont pas produites.

Il n'y a d'autre part pas au dossier de description d'une aggravation objective postérieure à notre première décision. Ainsi, dans son rapport du 2 septembre 2009, le Dr P. _____ indique que les différentes atteintes à la santé sont présentes depuis 2004 en tout

cas, et que la situation n'a pas changé depuis son rapport de 2006. De même, le fait que l'assurée ait débuté un suivi psychiatrique ne signifie pas en soi que l'état de santé se serait aggravé ; le Dr A. _____ évoque au contraire des atteintes psychiatriques présentes depuis plusieurs années dans son rapport de mars 2010.

D'autre part, les conclusions de l'examen clinique SMR ne constituent pas selon nous qu'une autre appréciation d'un même état de fait. En effet, nous avons à l'époque retenu une capacité de travail totale dans une activité adaptée en nous basant sur les seules prévisions d'amélioration du Dr B. _____, expert pour le compte de l'assurance perte de gain, et n'avons jamais vérifié cette amélioration a posteriori. Nous nous étions d'autre part basé sur le seul avis d'un spécialiste en médecine interne, alors que le diagnostic principal était d'ordre psychiatrique. Nous maintenons donc que notre décision de refus de rente du 14 janvier 2008 était manifestement erronée, et qu'elle doit par conséquent être reconsidérée en faveur de votre mandante, avec effet à partir du jour où le vice a été découvert.

En conclusion, nous ne pouvons que maintenir notre position; vous recevrez prochainement une décision formelle d'octroi de demi-rente conforme à notre projet et sujette à recours."

Par décision du 5 septembre 2013, l'Office AI a accordé à l'assurée le droit à une demi-rente à compter du 1^{er} septembre 2010 basée sur un degré d'invalidité de 57 %. Ses constatations étaient les suivantes :

"Résultat de nos constatations

Pour rappel, une décision de refus de prestations AI (rente et mesures professionnelles) vous a été notifiée le 14 janvier 2008. En effet, à cette époque, le Service Médical Régional AI (SMR) retenait que votre capacité de travail était de 50% dans votre activité habituelle et 100% dans une activité adaptée.

Cette décision est entrée en force, faute de contestation.

Le 23 janvier 2009, vous avez déposé une nouvelle demande de prestations AI.

Une expertise médicale rhumatologique et psychiatrique a été mise en oeuvre en août [recte : septembre] 2010. Dans son rapport du 13 septembre [recte : 15 décembre] 2010, force est de constater que le Service Médical Régional AI est revenu sur sa position initiale. Il admet en effet que votre incapacité de travail est totale dans votre activité habituelle et ce depuis mi-mars 2004. Toutefois, vous conservez une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée et ce dès janvier 2005.

Vous avez donc été convoquée par l'un de nos spécialistes en réinsertion professionnelle. Diverses mesures ont été mises en place

(stages d'orientation) et se sont avérées positives. Toutefois, aucune formation n'est envisageable et la mise en place d'un reclassement professionnel ne permettrait pas de diminuer votre préjudice économique. Seule une aide au placement peut vous être octroyée (prière de vous référer à notre communication du 15 avril dernier).

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, 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'invalide (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 2010, CHF 4'225.- par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2010, TA 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 2010 (41,6 heures; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'394.- (CHF 4'225.-x 41,6: 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 52'728.-.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2010 à 2012 (+ 1,33%, + 1,31%; La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 54'129.21.

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 50% (par ex. : conditionnement, mise sous pli, contrôle de qualité de notice, caissière de cafétéria), le salaire hypothétique est dès lors de CHF 27'064.60 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'invalide, 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'invalide est justifié.

Le revenu annuel d'invalide s'élève ainsi à CHF 24'358.14.

Sans atteinte à la santé, votre salaire annuel 2012, en tant qu'aide-infirmière se serait élevé à CHF 56'064.-.

Comparaison des revenus:

sans invalidité	CHF	56'064.00			
avec invalidité	CHF	24'358.14			
La perte de gain s'élève à	CHF	31'705.86	=	un	degré

d'invalidité de 57%

Selon l'art. 88bis al. 1 let. c RAI, s'il est constaté que la décision de l'office AI désavantageant l'assuré était manifestement erronée, l'augmentation de la rente prend effet dès le mois où le vice de la première décision a été découvert. En l'occurrence, c'est au moment de l'examen clinique SMR du 13 septembre 2010 que nous nous sommes rendus compte de notre erreur.

Le droit à une rente d'invalidité peut donc être ouvert dès le 1^{er} septembre 2010.

Au vu de ce qui précède, notre décision est par conséquent la suivante :

Dès le 1^{er} septembre 2010, vous avez droit à une demi-rente d'invalidité (basée sur un degré d'invalidité de 57%)."

C. Par acte du 12 septembre 2013, T._____, représentée par Procap Suisse Service juridique, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision d'octroi d'une demi-rente précitée. Avec suite de dépens, la recourante a principalement conclu, à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'elle a droit à une rente entière dès le 1^{er} janvier 2009 et, subsidiairement, à son annulation le dossier de la cause étant renvoyé à l'OAI pour instruction complémentaire (nouvelle expertise) puis nouvelle décision. Elle observe en premier lieu qu'au terme de leur examen clinique du 13 septembre 2010, les médecins du SMR - à l'instar des médecins traitants - ont retenu une capacité de travail médico-théorique de 50 % tout au plus. Dans le but de compléter et de préciser ces données médicales, la recourante avait suivi deux stages d'orientation et un stage professionnel en entreprise. Elle avait en outre effectué un emploi temporaire subventionné en deux lieux distincts dans le cadre de son chômage. Sur la base du rapport de l'Orif de [...] du 13 février 2012 et de celui de N._____ du 19 juillet 2012, la recourante relève qu'elle n'est pas à même de répondre aux exigences d'un emploi dans l'économie ; sa productivité déjà peu élevée en 2008 s'est lentement péjorée, ce qui a été constaté dans tous les stages effectués. Contrairement à ce que pourrait laisser penser le rapport final REA de l'OAI du 15 avril 2013, le comportement adéquat de la recourante durant tous

les stages (très peu d'absences, peu de plaintes pour ne pas effectuer des tâches, respect des autres collègues et de la place de travail, etc.) n'est pas de nature à rediscuter les observations des professionnels sur la qualité de son travail. S'agissant du stage en entreprise auprès de C._____ Sàrl, elle souligne qu'en l'absence d'évaluation écrite, il n'est pas admissible d'écarter les rapports de N._____ et de l'Orif de [...]. Les seules affirmations, au demeurant peu précises, d'une personne de C._____ Sàrl quant au caractère positif du stage suivi ne sauraient être suffisantes en l'espèce. Cet avis oral ne pourrait par conséquent pas se voir attribuer valeur probante eu égard aux autres rapports de stage au dossier, dont les contenus sont détaillés, précis et complets, d'autant plus que ceux-ci sont corroborés par l'avis du SMR qui conclut à une capacité de travail d'au plus 50 % en une activité adaptée. Partant, ce serait en réalité une capacité de travail résiduelle inférieure à 50 % qu'il conviendrait de prendre en compte étant d'ailleurs rappelé que seule une activité en atelier protégé dans un cadre rassurant, sans exigence de rendement, est envisageable. Dans un second moyen, la recourante est d'avis qu'au vu des circonstances, l'examen clinique SMR du 13 septembre 2010 ne mettrait nullement en évidence une erreur manifeste mais se contenterait d'apporter une nouvelle appréciation de sa situation médicale. Les conditions cumulatives pour une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, RS 830.1) n'étant pas remplies, il y a en réalité matière à révision de la décision de refus antérieure de l'Office AI, qui en application de l'art. 88bis al. 1 RAI, débute alors avec effet dès le 1^{er} janvier 2009, soit à compter du mois où la demande de prestations a été déposée. La recourante a également demandé à la Cour de lui accorder l'assistance judiciaire limitée à l'exonération des frais de justice.

Par décision du 18 septembre 2013 du Juge instructeur, la recourante s'est vue accorder le bénéfice de l'assistance judiciaire dans la mesure de l'exonération d'avances et des frais judiciaires avec effet au 13 septembre 2013.

Au terme de sa réponse du 17 octobre 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision litigieuse. Renvoyant à ses précédentes explications, l'intimé estime que les arguments avancés ne peuvent pas être retenus. Il ajoute que si comme le prétend la recourante, les conditions d'une reconsidération ne sont pas satisfaites, aucune rente ne pourrait alors être allouée. Les renseignements au dossier ne font pas état d'une modification significative de la situation survenue après janvier 2008, de sorte qu'il n'y a pas motif à révision.

Par réplique du 12 novembre 2013, la recourante a maintenu l'intégralité de ses conclusions. Elle indique pour le surplus, ne pas avoir d'explication complémentaire à fournir.

Le 13 novembre 2013, l'OAI s'est vu remettre par la Cour de céans, pour information, copie de la réplique de la partie recourante. L'intimé n'a par la suite pas dupliqué.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par

le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36) qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) Il s'ensuit que la Cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile contre la décision rendue le 5 septembre 2013 par l'OAI.

S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente entière depuis le 1^{er} janvier 2009, il est admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. et la cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164; 125 V 413 consid. 2c, et 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) La question litigieuse porte en l'espèce sur l'évaluation de l'état de santé de la recourante, respectivement de la capacité de travail résiduelle de celle-ci dans une activité adaptée et partant, son droit éventuel à la rente entière. Il s'agira également de déterminer si les conditions d'une reconsidération étaient réunies, la recourante soutenant

qu'il s'agit d'une révision de son droit à la rente, lui ouvrant le droit à compter du mois de janvier 2009.

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'art. 7 al. 2 LPGA, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2008, n'a pas modifié les notions d'incapacité de travail, d'incapacité de gain ni d'invalidité (cf. ATF 135 V 215 consid. 7). Sur le fond, la définition de l'invalidité est restée la même.

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes :

- sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles;
- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable;
- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins.

b) L'art. 28 al. 2 LAI prévoit que le droit à la rente est échelonné, en ce sens que l'assuré a droit à un quart de rente de l'assurance-invalidité pour un taux d'invalidité de 40 % au moins, à une demi-rente pour un taux d'invalidité de 50 % au moins, à trois quarts de rente pour un taux d'invalidité de 60 % au moins et à une rente entière pour un taux d'invalidité de 70 % au moins.

c) 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. 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 (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_83/2013 du 9 juillet 2013, consid. 4.2, 9C_58/2013 du 22 mai 2013, consid. 3.1 et 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1).

Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b; TFA I 490/03 du 25 mars 2004, consid. 3.2), il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient, à examiner par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 et 130 V 75 consid. 3.2).

L'article 17 LPGA 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 (al.1). Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond, et 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).

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 et 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, 125 V 368 consid. 2 et la référence citée; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009, consid. 2.1 et les références).

d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux.

Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante 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; TF 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013, consid. 3.2, 9C_137/2013 du 22 juillet 2013, consid. 3.1, 9C_66/2013 du 1^{er} juillet 2013, consid. 4, 9C_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.1, 8C_658/2008 et 8C_662/2008 du 23 mars 2009, consid. 3.3.1).

e) Selon la jurisprudence, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de la personne assurée pendant le stage (TF 9C_83/2013 et 9C_104/2013 du 9 juillet 2013, consid. 4.2, 9C_426/2011 du 14 décembre 2011, consid. 4.3 et 9C_854/2010 du 30 décembre 2010, consid. 3.2 et les références citées; TFA 762/2002 du 6 mai 2003, consid. 2).

Cela étant, les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure un assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (ATF 107 V 17 consid. 2b; TF 9C_136/2014 du 24 juin 2014, consid. 3.3, 9C_83/2013 et 9C_104/2013 du 9 juillet 2013 op. cit., 9C_739/2010 du 1^{er} juin 2011, consid. 2.3 et les références citées). En particulier, lorsque l'appréciation d'un COPAI (Centre d'observation professionnelle de l'AI) diverge sensiblement de celles des médecins d'un COMAI (Centre d'observation médicale de l'AI), il incombe à l'administration ou, en cas de recours, au

juge, de confronter les deux appréciations, au besoin en requérant un complément d'instruction de la part du COPAI ou du COMAI (TFA I 248/05 du 7 novembre 2005, consid. 4 et la référence citée, I 277/04 du 11 avril 2005, consid. 2.2).

En principe, l'évaluation finale de la capacité de travail fonctionnelle (par exemple travail assis ou travail debout uniquement, port de charges limité, etc.) résultant d'une atteinte à la santé est établie par les médecins et non par les spécialistes en réadaptation. Cependant, compte tenu de la jurisprudence qui exige une collaboration étroite entre les médecins et les spécialistes en réadaptation, dont les conclusions sont complémentaires, on ne peut faire l'impasse sur une évaluation professionnelle concrète et orientée au rendement pour évaluer la capacité de travail restante. S'il y a une divergence importante entre l'évaluation de la capacité de travail des médecins et les résultats obtenus pendant un stage lors duquel l'assuré a montré une motivation de travail impeccable et dont le rendement mesuré peut être confirmé d'une manière objective selon les spécialistes en réadaptation, des doutes sérieux sur les conclusions des médecins sont fondés et il est indispensable qu'une prise de position satisfaisant aux exigences de la jurisprudence soit demandé aux médecins (TF 8C_59/2013 du 22 avril 2013, consid. 3.3.1, 9C_737/2011 du 16 octobre 2012, consid. 3.3 et 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, consid. 3.3.2).

4. a) En l'espèce, le SMR, au terme de son examen clinique bidisciplinaire de la recourante en date du 13 septembre 2010, détermine une capacité médico-théorique de travail de « 50% tout au plus » (cf. rapport d'examen clinique SMR du 15 décembre 2010 des Drs E. _____ et I. _____, p. 10).

Dans son rapport, le Dr G. _____ retient également une capacité de travail résiduelle de 50 % dans une activité adaptée à l'ensemble des limitations fonctionnelles de l'assurée (cf. rapport du 5 janvier 2010 du Dr G. _____, p. 2). Tant le médecin traitant (Dr P. _____) que le psychiatre traitant (Dr A. _____) estiment que la

recourante présente une capacité de travail de 50 % mais uniquement dans une activité adaptée dans un atelier protégé (cf. rapport du 26 février 2009 du Dr P._____ et rapport du 18 mars 2010 du Dr A._____), soit en réalité une incapacité de travail totale sur le marché du travail habituel, seule une activité occupationnelle à 50 % au maximum dans un atelier étant possible au vu de l'ensemble des limitations rhumatologiques et psychiatriques de l'assurée. Cet avis est par ailleurs partagé par la Dresse R._____, médecin-conseil du Service de l'emploi, qui constate au vu des échecs rencontrés que seule une activité occupationnelle à N._____ s'est révélée concluante (cf. rapport du 27 avril 2009 de la Dresse R._____).

Afin de compléter et de préciser cette capacité de travail, en particulier en terme de rendement, dans le cadre de l'instruction de sa demande par l'Office AI, la recourante a suivi deux stages d'orientation professionnelle (le premier auprès de l'Orif de [...] et le second chez N._____) ainsi qu'un stage en entreprise auprès de C._____ Sàrl. Précédemment, l'assurée avait effectué un emploi temporaire subventionné (ETS) en deux lieux distincts ainsi qu'un stage en atelier protégé mis en œuvre par le biais de l'assurance-chômage.

A l'examen, il ressort des rapports de stages de l'Orif de [...] (du 13 février 2012 - [...]) et de N._____ (du 19 juillet 2012 - [...] et [...]) que la recourante n'est pas à même de répondre aux exigences d'un emploi dans l'économie. En effet, selon ces rapports ;

- l'assurée a un taux effectif de 93,33 % du taux de 50 % de présence (cf. rapport Orif, p. 1) ;
- "les perspectives de réinsertion professionnelle de la recourante sont réduites, voire nulles" (cf. rapport Orif, p. 7) ;
- lors de son stage chez N._____, le rendement de la recourante a été évalué à 30%. Elle a en effet beaucoup de mal à gérer les situations de stress : Trajets en voiture, remarques de ses collègues et tâches multiples (cf. rapport N._____, p. 4) ;

- selon N._____ (cf. p. 4), il paraît difficile d'envisager une reprise d'activité dans la première économie de marché. Les limitations tant physiques que psychologiques laissent à penser que la recourante aurait du mal à intégrer et à conserver un poste dans une entreprise classique. Elle a besoin d'un environnement adapté et d'un encadrement rassurant.

Au vu de ce qui précède, on observe à l'instar de la recourante, une homogénéité des observations de tous ses stages et une lente péjoration de sa productivité, déjà peu élevée en 2008. Force est de reconnaître que l'assurée a eu un comportement adéquat durant l'ensemble de ses stages (à savoir très peu d'absences, peu de plaintes pour ne pas effectuer des tâches ainsi que le respect des autres collègues et de la place de travail, etc.) n'autorisant pas à rediscuter le bien-fondé des observations des professionnels quant à la qualité du travail fourni à ces occasions, nonobstant ce que laisse supposer la lecture du rapport final REA de l'intimé daté du 15 avril 2013.

S'agissant des observations effectuées durant le stage en entreprise auprès de C._____ Sàrl, il n'en existe simplement pas d'évaluation écrite, de sorte que l'on ne peut valablement s'y rallier sans qu'il ne subsiste quelques doutes sur l'exactitude des constatations rapportées oralement à l'OAI. De plus, et contrairement à ce que soutient l'intimé, la personne interpellée auprès de l'entreprise C._____ Sàrl n'affirme pas que la recourante est arrivée à produire un rendement satisfaisant dans des activités simples et légères, mais au contraire que le rendement de l'assurée est difficile à estimer en raison de ses absences (cf. note de suivi du 25 juin 2013 de la Division réadaptation de l'OAI). Par conséquent, cet avis oral succinct ne peut revêtir une valeur probante prépondérante face aux autres rapports de stage dont les contenus sont détaillés, précis et complets (sur la notion de valeur probante, cf. consid. 3d supra).

b) En l'occurrence, l'Office AI a fixé la capacité de travail résiduelle de la recourante dans une activité adaptée en se basant

uniquement sur les constatations et conclusions de l'examen clinique pluridisciplinaire SMR du 13 septembre 2010 - lequel consiste en un examen médical de l'assurée, à l'instar de la pratique du COMAI en la matière -, à l'exclusion des appréciations professionnelles faites par N._____ et l'Orif de [...] au terme des stages d'observation mis en œuvre. Or, comme on l'a vu ci-avant, les conclusions du COPAI sont pourtant corroborées tant par celles du médecin-conseil du chômage que par le médecin traitant et le psychiatre traitant de la recourante.

Dans la mesure où l'appréciation médicale du SMR diverge des appréciations professionnelles, pourtant étayées par des avis médicaux concordants, il n'est pas possible à la Cour de céans de statuer en l'état du dossier (cf. TF 8C_59/2013 du 22 avril 2013, consid. 3.3.1, 9C_737/2011 du 16 octobre 2012, consid. 3.3 et 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, consid. 3.3.2).

5. a) Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). En matière d'assurance-invalidité, l'art. 69 al. 2 RAI (règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961, RS 831.201) précise que si les conditions d'assurance sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. Il dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les

renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007, consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en oeuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 108).

b) En l'espèce, comme indiqué ci-dessus (cf. consid. 4b supra), l'instruction menée par l'intimé est lacunaire et ne permet par conséquent pas de trancher le litige à satisfaction de droit (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

Il convient dès lors d'admettre le recours et de renvoyer la cause à l'OAI pour nouvelle décision après avoir procédé à une instruction complémentaire sous la forme de la mise en oeuvre d'une expertise à tout le moins bidisciplinaire (rhumatologique/orthopédique et psychiatrique) de la recourante (art. 44 LPGA) (cf. consid. 3e supra). En l'état, compte tenu de l'issue de la procédure, la question de savoir si l'office intimé a procédé par sa décision à la reconsidération ou à la révision de sa précédente décision peut souffrir de demeurer ouverte jusqu'à nouvelle décision de la part de l'OAI.

6. Le recours doit dès lors être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants, puis nouvelle décision.

a) 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. Selon la pratique récente de la Cour de céans, se référant à l'art. 69 al. 1bis LAI, cela vaut également pour l'OAI (CASSO AI 230/11 du 23 avril 2012, consid. 7). Le droit fédéral prime en effet le droit cantonal qui lui est contraire, à savoir la règle de

l'art. 52 LPA-VD, selon laquelle des frais de procédure ne peuvent pas être exigés de la Confédération et de l'Etat. En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 francs et seront supportés par l'intimé qui succombe.

b) La recourante qui obtient gain de cause, peut prétendre une indemnité de dépens à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD ; art. 7 al. 2 TFJAS [Tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales du 2 décembre 2008, RSV 173.36.5.2]) et qu'il y a lieu de fixer à 1'500 fr. compte tenu de la complexité de l'affaire.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 5 septembre 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à T._____ la somme de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Procap Suisse Service juridique (pour T. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :