

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 mai 2016

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
MM. Neu et Métral, juges
Greffière : Mme Berseth Béboux

Cause pendante entre :

L. _____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Philippe Graf,
avocat à Lausanne,

et

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

**Art. 6, 7 al. 1, 8, 16 et 17 LPGA ; art. 4 al. 1, 17, 28 et 28a LAI ;
art. 87 RAI**

E n f a i t :

A. L._____, née le [...] (ci-après : l'assurée ou la recourante), célibataire sans enfants, a déposé le 1^{er} juin 2008 une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), sous forme de rente.

Dans le formulaire « 531bis » complété le 29 juin 2008 à l'attention de l'office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), l'assurée a indiqué qu'en bonne santé, elle travaillerait comme formatrice pour adultes à un taux de 85%, par nécessité financière.

Dans un rapport médical non daté, indexé au dossier de l'OAI le 3 juillet 2008, le Dr R._____, spécialiste en médecine interne et en endocrinologie-diabétologie, et médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif grave récurrent avec risque suicidaire, de trouble de la personnalité existant depuis de très nombreuses années, ainsi que de séquelles neurologiques du membre supérieur droit d'une problématique dans l'enfance. Il a attesté des difficultés à se prononcer sur les limitations fonctionnelles en raison du caractère aléatoire de l'affection psychique, tout en notant qu'elles se manifestaient sous forme d'inhibition ou d'impossibilité de se rendre au travail lors des épisodes dépressifs. Le médecin a admis une capacité de travail résiduelle dans l'activité habituelle de 50%, tout en considérant que des mesures de réadaptation professionnelle étaient inutiles.

Par avis médical du 16 décembre 2008, dans la mesure où l'OAI ne parvenait pas à obtenir de réponse du psychiatre traitant, le Dr M._____, les Drs B._____ et P._____, médecins au Service médical régional de l'AI, (ci-après : SMR), ont sollicité la mise en oeuvre d'un examen psychiatrique auprès de leur service.

Dans un rapport médical du 7 avril 2009, la Dresse X._____, psychiatre au SMR, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de psychose non productive (F29) et de séquelles neurologiques (syndrome cérébelleux droit) suite à l'exérèse d'un astrocytome cérébelleux en 1977 (Z86.0). Dans le cadre de son appréciation, elle a indiqué ce qui suit :

« (...)

A l'examen de ce jour, il s'agit d'une assurée intelligente, qui tente de lutter au mieux de ses possibilités pour surmonter son atteinte à la santé. Celle-ci est caractérisée par un trouble du raisonnement logique, des difficultés dans le contact social et notamment pour comprendre le langage non verbal, ce qui conduit à une prise de distance sous forme d'isolement social. Malgré l'absence de symptômes positifs de la psychose (pas de production hallucinatoire ni délirante), l'assurée souffre d'une atteinte psychotique contre laquelle elle tente désespérément de lutter pour pouvoir travailler.

Face à l'exigibilité professionnelle, un taux d'activité d'au maximum 50% (d'un 100%) peut être exigible chez cette assurée en raison de son atteinte psychotique. L'activité actuelle de formatrice a été adaptée spontanément par l'assurée. En cas de perte d'emploi, il est vraisemblable que l'intéressée ne parvienne plus à retravailler et qu'une incapacité de 100% doit alors être reconnue.

Face aux documents médicaux en notre possession, il n'y a pas de rapport psychiatrique du Dr M._____. Le médecin traitant, le Dr R._____, mentionne, dans son rapport médical reçu le 30.06.2008, que la capacité de travail pourrait évoluer à 50%. L'assurée est engagée actuellement à ce taux.

Les limitations fonctionnelles

Difficultés de contact avec autrui en raison de la maladie psychotique, troubles de la logique, angoisses envahissantes avec risque permanent et imprévisible d'un passage à l'acte suicidaire.

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

L'assurée dit ne jamais avoir travaillé à un taux supérieur à 50%. La date du début de la LM [longue maladie] pourrait être établie au moment de la première décompensation de sa psychose en 2000.

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

L'assurée a tenté d'exercer de multiples activités entrant plus ou moins dans son champ de compétences, toujours à un taux inférieur à un mi-temps. Elle a finalement trouvé un emploi adapté depuis mars 2008 en tant que formatrice pour W._____. Une incapacité de travail de 50% peut être reconnue au long cours depuis 2000 en raison de l'atteinte psychiatrique à la santé.

Concernant la capacité de travail exigible

L'assurée a une exigibilité professionnelle d'au maximum 50% dans un emploi adapté. Etant donné la fragilité de sa personnalité, en cas d'échec de l'emploi actuel de formatrice, il est possible que le taux exigible diminue, voire devienne nul pour des raisons psychiatriques.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE

(FORMATRICE POUR HANDICAPÉS) : 50 %
DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 50 % DEPUIS : 2000 ».

Par courrier du 1^{er} mai 2009, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation n'était envisageable en raison de son état de santé, de sorte qu'il allait évaluer le droit à la rente.

Le 13 juin 2009, le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin chef au service d'orthopédie de l'Hôpital de N._____, a complété un rapport médical à l'attention de l'OAI, dans lequel il a retenu comme diagnostics ayant effet sur la capacité de travail un status après fracture complexe du coude gauche, un status après fracture du plateau tibial externe du genou droit, un status après résection d'un astrocytome cérébelleux il y a plus de dix ans, avec séquelles sous forme de perte d'équilibre, d'adraradococinésie de l'hémicorps droit et de forte fatigabilité, ainsi qu'un état dépressif chronique. Le médecin a évoqué une incapacité de travail définitive de 50% dans l'activité de formatrice chez W._____, et, au titre de limitations fonctionnelles, une importante fatigabilité, des pertes d'équilibre et un enraidissement du coude. Il a au surplus confirmé que des mesures de réadaptation professionnelle n'avaient aucun sens, sa patiente étant relativement bien équilibrée dans son activité à 50% de formatrice.

Renseignant l'OAI par le biais d'un questionnaire pour l'employeur du 24 juillet 2008, W._____ a indiqué que, dans son activité de formatrice à 50%, l'assurée percevait un salaire mensuel de 3'200 fr. dès le 1^{er} mars 2008, soit 41'600 fr. par an.

Du rapport d'enquête économique ménagère du 7 avril 2010, il ressort que, sans atteinte à la santé, l'assurée travaillerait à 85% par choix personnel. S'agissant des activités ménagères, l'enquêtrice a relevé un empêchement de 20.8%.

Dans un projet de décision du 17 mai 2010, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il envisageait de rejeter sa demande de prestations, au motif

que le degré d'invalidité de 38.14% prévalant en l'espèce était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. L'office a justifié le taux d'invalidité retenu de la manière suivante :

« **Revenu professionnel annuel raisonnablement exigible :**
sans invalidité CHF 70'720.00
avec invalidité CHF 41'600.00
la perte de gain s'élève à CHF 29'120.00 = invalidité de
41.17%

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Active	85%	41.20%	35.02%
Ménagère	15%	20.80%	3.12%
Degré d'invalidité			38.14% »

Le 27 mai 2010, L._____ a contesté le projet de décision précité, alléguant principalement avoir mal compris la question de l'enquêtrice, en ce sens qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à 100%.

Par décision du 28 juin 2010, l'OAI a confirmé le refus d'octroyer une rente d'invalidité au motif qu'un taux de 38.14%, inférieur à 40%, n'y donnait pas droit.

Le 30 novembre 2010, l'assurée a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision, recours qu'elle a retiré par déclaration du 6 janvier 2011, conduisant à un prononcé du 10 janvier 2011 rayant la cause du rôle.

B. Le 6 février 2013, L._____ a complété un formulaire de détection précoce de l'OAI dans lequel elle a indiqué souffrir d'hémiplégie cérébelleuse droite, d'état dépressif ainsi que de fractures du coude gauche, du genou droit et de la cheville droite. Dans les remarques complémentaires, elle a ajouté ce qui suit :

« Le 9 février 2011 j'ai reçu une réponse négative à ma demande de rente AI. Je travaillais alors comme formatrice. J'ai été licenciée au 31 juillet 2012 (à l'ORP [Office régional de placement] de Z._____ depuis le 1^{er} août 2012, conseiller Monsieur T._____). Je dois rechercher un emploi. Je suis dans l'incapacité de chercher un emploi comme ergothérapeute, mon métier, à cause de mon handicap et des séquelles de mes accidents ».

Le 8 avril 2013, sur requête de l'OAI, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations, sous forme de mesures professionnelles et de rente. Au titre d'atteinte à la santé, elle a indiqué souffrir de dépression, de syndrome cérébelleux droit, ainsi que de séquelles de fractures du coude gauche, du genou droit et de la cheville droite. Elle a noté travailler à 40% en qualité de veilleuse II auprès de la O._____

depuis octobre 2011 et percevoir un salaire net de 1'300 fr. depuis avril 2012.

De l'extrait de compte individuel AVS indexé par l'OAI le 22 avril 2013, il ressort que l'assurée a travaillé de janvier à juillet 2012 chez W._____ en sus de son activité de veilleuse auprès de la O._____ et qu'elle a touché des prestations de chômage d'août à novembre 2012.

Dans un rapport du 3 mai 2013 à l'OAI, le Dr R._____ a posé comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail un trouble dépressif récurrent sans symptôme psychotique, un syndrome cérébelleux séquellaire d'une opération d'astrocytome du cervelet en 1974, un status après fracture complexe de la palette humérale et diaphyse humérale du membre supérieur gauche en 2008 et un status après fracture du plateau tibial droit en 2009. Au titre de l'anamnèse, le médecin traitant a indiqué que sa patiente était sans emploi, notant qu'il était cependant difficile de déterminer si les ruptures professionnelles étaient corrélées à sa problématique psychique de base ou à des difficultés organisationnelles. Le Dr R._____ a considéré ne pas être en mesure de se déterminer sur la capacité professionnelle réelle de l'assurée, n'ayant pas établi d'incapacité de travail au sens de la définition en 2013. Il a rappelé avoir admis une incapacité à 50% pour une période de trois mois depuis le 13 juillet 2012 et renvoyé au Dr C._____, nouveau psychiatre traitant, s'agissant de la suite. Le Dr R._____ a encore estimé que la profession initiale d'ergothérapeute n'était plus exigible, en raison des séquelles post-traumatiques et du syndrome cérébelleux. S'agissant de la seconde formation de l'assurée comme psychologue, il a réservé des limitations d'origine psychique, à préciser avec le Dr C._____.

Sur le formulaire « 531bis » du 8 mai 2013, l'assurée a déclaré qu'en bonne santé, elle exercerait une activité d'ergothérapeute à 90% par intérêt personnel et qu'elle percevait un salaire mensuel de 3'000 fr. environ.

Dans un courrier du 14 mai 2013 à l'OAI, G._____ (ci-après : G._____), assureur-accidents, a précisé qu'en raison d'un accident du 27 janvier 2012, l'assurée avait été en incapacité de travail à 100% du jour de l'accident au 31 mai 2012, puis à 50% du 1^{er} juin au 15 juillet 2012 et à nouveau à 100% du 21 mars au 5 avril 2013, avant de reprendre son activité à temps complet le 6 avril 2013. G._____ a joint à ce courrier le dossier relatif à l'accident du 27 janvier 2012, dont il ressort notamment les documents suivants :

- un rapport de visite LAA du 14 mai 2012, selon lequel l'assurée a été licenciée de chez W._____ au mois d'avril 2012 pour le 31 juillet 2012,
- un rapport du 30 avril 2013 adressé au médecin-conseil de l'assureur-accidents, dans lequel le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au département de l'appareil locomoteur du H._____ (ci : après : H._____), a indiqué avoir procédé à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse du péroné le 21 mars 2013, et a confirmé l'incapacité totale travail de l'assurée jusqu'au 6 avril 2013, date de sa reprise à 100%.

Renseignant l'OAI dans un rapport du 21 juin 2013, le Dr C._____ a posé au titre de diagnostics avec effet sur la capacité de travail un trouble dépressif récurrent depuis 1989, une hémiplegie cérébelleuse séquellaire (troubles de l'équilibre, adiadococinésie) post exérèse d'un astrocytome depuis 1976, ainsi qu'un trouble de la personnalité mixte. Au titre de diagnostics sans effet sur la capacité de travail, le psychiatre a évoqué un diabète depuis 2010, un surpoids, un status post hyperphagie, un status post multiples fractures (coude gauche, genou droit, cheville droite) avec des séquelles sous forme de limitation de l'extension du coude et de charge du genou, un status post tentamen médicamenteux en 2005 et des troubles chroniques du sommeil. Sous point 1.4 de son rapport (anamnèse), il a notamment noté ce qui suit :

« (...)

Sur le plan professionnel, Mme L._____ a travaillé de 2008 à 2012 comme formatrice (50%) dans le service de formation à la vie

autonome de W._____ (références et suivis de personnes en situation de handicap mental léger à modéré, création et animation de formations spécifiques aux problématiques de l'autonomie et de l'autodétermination, supervisions des activités de la vie quotidienne des apprenants). Cette activité s'est déroulée sans ambages particuliers hormis après l'arrivée d'un nouveau chef. Elle a été licenciée en 2012. Elle est inscrite à l'ORP et a débuté en juin 2013 un Emploi Temporaire Subventionné comme assistante de formation à 60% à S._____.

Elle travaille en parallèle depuis 2011 comme veilleuse auxiliaire (4 à 6 nuits/mois) dans une fondation pour personnes en situation de handicap (O._____) et travaille depuis 2012 comme formatrice (cours de langue française) dans une association pour le soutien aux migrants ([...]).

Mme L._____ me consulte dans le cadre de difficultés relationnelles sur le plan affectif, d'un sentiment de solitude et dans la suite d'un suivi thérapeutique. En effet, après un long suivi chez le Dr M._____, elle souhaite changer de thérapeute.

Le suivi a constitué à régler la médication avec notamment diminution progressive du Seroquel (100mg/j au départ) avec bonne évolution puis arrêt définitif en novembre 2012 (après environ 5 ans de traitement continu par neuroleptiques) avec bonne évolution aussi. La médication thymoanaleptique a aussi été ajustée. Le traitement est surtout orienté psychiatriquement à ma consultation. Mme L._____ organise un suivi psychothérapeutique régulier à la consultation de Mme K._____.

Depuis 2009, Mme L._____ présente des fluctuations d'humeur avec des périodes de dépression. Sur le temps du suivi à ma consultation, 2 incapacités de travail d'une semaine ont été ordonnées ».

Le Dr C._____ a attesté une incapacité de travail à 50% du 29 juin au 8 juillet 2011, ainsi qu'une incapacité de travail totale du 11 au 14 juin 2013. Selon ce médecin, une activité dans un cahier des charges correspondant aux derniers emplois ou aux emplois en cours restait exigible immédiatement à 50%. À titre d'information supplémentaire, il a encore ajouté ce qui suit :

« Depuis le début du suivi à ma consultation (dès 2009), Mme L._____ a travaillé à 50% avec quelque activité de veilleuse de nuit en sus. Elle n'a jamais présenté une incapacité de travail hormis pendant deux fois 7 jours pour humeur dépressive et anxieuse. Mme L._____ présente, d'un point de vue psychiatrique, une capacité de travail de 40-60%.

A mon sens, bien qu'elle ait travaillé qu'à environ 50% toutes ces dernières années (de son propre choix, ayant été [sic] devant le refus d'une rente AI de 50%), j'estime que Mme L._____ ne présente pas une capacité de travail à 110% [sic] pour raisons psychiques. Aussi une rente de 60 à 40% me paraîtrait adaptée à la situation de Mme L._____.

D'autre part, cette demande rentre aussi dans le cadre d'une demande d'aide pour une réhabilitation au travail. En effet, Mme L._____ présente des difficultés à trouver du travail. Elle est licenciée en psychologie et diplômée en ergothérapie. En vu des difficultés neurologiques séquellaires, un travail ergothérapeutique n'est plus exigible. Une réhabilitation lui permettrait de pouvoir rendre cohérent (par une formation supplémentaire le cas échéant) un parcours professionnel hésitant d'un point de vue de carrière ».

Le Dr C._____ a enfin indiqué au titre des limitations psychiques une fragilité émotionnelle par épisodes, se manifestant par des frustrations, des difficultés relationnelles, des difficultés à la confrontation et une labilité émotionnelle avec pleurs. En annexe à son rapport, il a joint notamment :

- un rapport du 7 janvier 2002 des Drs V._____ et J._____, psychiatres à la Clinique de B.C._____, adressé au Dr M._____, posant les diagnostics de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxio-dépressive (F43.22) et de troubles mixtes de la personnalité (personnalité immature et émotionnellement labile) (F61.0),
- un rapport du 28 août 2005 du département de psychiatrie du H._____ adressé au Dr R._____, dans lequel les Drs D.E._____ et U._____ ont posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2),
- un rapport du 30 décembre 2009 de la Dresse F.G._____, psychiatre au département de psychiatrie du H._____, duquel il ressort le diagnostic de trouble de la personnalité mixte, à traits passifs/agressifs, dépendants et évitants,
- un rapport du 18 août 2011 des Drs J.K._____ et L.M._____ du service d'endocrinologie de la R.S._____ (ci-après : R.S._____) adressé au Dr R._____, indiquant au titre de diagnostics une obésité de classe I selon l'OMS (BMI : 30.7 kg/m²), un trouble non spécifié du comportement alimentaire actuellement en rémission, un diabète de type II non insulino-requérant et un état dépressif chronique.

Le 27 juin 2013, le Dr Q._____ a fait parvenir à l'OAI un rapport duquel il ressort, au titre de diagnostics :

- une fracture tri-malléolaire de la cheville droite le 27 janvier 2012,

- une ostéosynthèse tri-malléolaire de la cheville droite le 1^{er} février 2012,
- une ablation partielle du matériel d'ostéosynthèse au péroné droit le 21 mars 2013.

Le Dr Q._____ a attesté une incapacité de travail de 100% des suites de cet accident jusqu'au 31 mai 2012, puis de 50% du 1^{er} juin 2012 au 16 juillet 2012, date à laquelle l'assurée avait recouvré sa capacité totale de travail. Elle avait encore subi une totale incapacité de travail du 21 mars au 5 avril 2013, à la suite de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse. Le médecin a précisé qu'il n'y avait aucune limitation fonctionnelle en raison de cet accident, mais qu'il y en avait certainement en raison des antécédents médicaux de l'assurée, pour lesquels il s'agissait de se référer au médecin traitant.

Le 4 juillet 2013, la O._____ a complété le questionnaire pour l'employeur destiné à l'OAI, en indiquant un salaire annuel de 19'876 fr. 35, soit 1'528 fr. 95 par mois, depuis le 1^{er} janvier 2013. L'horaire de travail normal dans l'entreprise était de 9 heures par jour et de 45 heures par semaine, l'assurée effectuant 12 heures par jour [sic] et 16,5 heures par semaine, que ce soit avant ou après son atteinte à la santé.

Dans un avis médical du 7 octobre 2013, le Dr F._____, médecin au SMR, a retenu une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée avec une incapacité de travail totale temporaire du 27 janvier 2012 au 5 avril 2013. Il a en outre relevé que les limitations fonctionnelles psychiatriques et somatiques étaient les mêmes qu'auparavant.

Le rapport initial du 31 octobre 2013 de l'OAI évoque une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle et décrit la situation économique de l'assurée de la manière suivante :

« **Source de revenus actuels** : salaire et chômage

Extinction du droit : chômage : avril 2014

Revenus sans atteinte à la santé (RS) : CHF 33'502.00 (CI 2012)

Revenus actuels : Salaire CHF 1'500.00 / mois + chômage de CHF 2'700.00 ».

Sous la rubrique « Observations », le collaborateur de l'OAI a encore noté ce qui suit :

« Une assurée qui s'adresse à l'AI pour une réinsertion professionnelle, car la perte de son emploi chez W._____ fait de sorte que ses journées ne sont plus structurées ce qui serait mauvais pour son état de santé. Le poste de 50% précité était idéal : relativement peu de stress, cadre sécurisant, domaine qui correspond à ses intérêts. Malheureusement, ces postes sont rares et souvent repourvus en interne. Elle aimerait profiter du service de placement de l'AI. Parallèlement, Mme L._____ pourra s'imaginer de commencer une nouvelle formation comme animatrice socioculturelle.

L'assurée ayant déjà fait plusieurs bilans, coaching et différentes mesures avec l'ORP (aide formatrice chez S._____), une MIP [mesure d'insertion professionnelle] ne me paraît pas nécessaire à ce jour.

L'instruction se poursuit et le dossier sera présenté dans la séance coaching du 04.11.2013 pour discuter de la suite à donner ».

Par communication du 9 janvier 2014, l'OAI a octroyé à L._____ une aide au placement, alors qu'il a refusé dans un projet de décision du même jour le droit à une rente d'invalidité, au motif que son état de santé ne s'était pas aggravé et qu'elle présentait toujours une capacité de travail raisonnablement exigible de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, lesquelles étaient identiques à celles précédemment déterminées.

Le 3 mars 2014, par l'intermédiaire Me Philippe Graf, l'assurée a fait valoir ses observations. Elle a en particulier allégué que la perte de son emploi auprès de W._____ avait eu pour conséquence de réduire son revenu annuel, que la perte de cet emploi conduisait probablement à une impossibilité pour elle d'augmenter son taux d'activité effectif (rapport SMR du 7 avril 2009 de la Dresse X._____), que les dispositions légales applicables étaient celles de la révision et, enfin, que l'OAI n'avait donné aucune suite à sa demande de mesures de réadaptation professionnelle.

Le 8 avril 2014, l'assurée a complété ses observations, évoquant une aggravation de son état de santé et l'existence de limitations fonctionnelles que l'OAI n'avait pas retenues jusque-là. Elle a joint à ce courrier les documents suivants :

- un rapport d'IRM cervicale effectuée le 21 janvier 2014, concluant à une hernie disco-osteophytaires C4-C5 pré- et intra-foraminale droite à prédominance molle susceptible de provoquer un conflit radiculaire C5 droit, ainsi qu'à des sténoses dégénératives foraminales C4-C5, C5-C6 et C7-D1 droites prédominant sur les trous de conjugaison C4-C5 et C5-C6 droits,
- un certificat médical du 18 mars 2014 du Dr R. _____ attestant une nouvelle affection cervicale, entraînant des limitations fonctionnelles dans l'activité d'ergothérapeute, à savoir une limitation du port de charges au-delà de 5 kg, des difficultés à effectuer des transferts de personnes et une limitation dans le temps de la position statique debout prolongée.

Par décision du 18 juillet 2014, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à une rente d'invalidité, considérant qu'elle présentait toujours une capacité de travail raisonnablement exigible de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, identiques à celles existants préalablement (difficulté de contact avec autrui, troubles de la logique, angoisses envahissantes). En outre, si son état de santé s'était temporairement aggravé à la suite de son accident du 27 janvier 2012, sa demande de prestations du 12 avril 2013 avait été déposée tardivement, de sorte que le droit à la rente devait lui être nié.

C. Par acte du 10 septembre 2014, toujours représentée par son conseil, L. _____ recourt contre la décision de l'OAI du 18 juillet 2014, concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi de trois quarts de rente d'invalidité à partir du 1^{er} février 2013 et de l'octroi d'un reclassement dans la profession d'animatrice socioculturelle. Subsidiairement, la recourante conclut à la réforme de la décision attaquée dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité au taux et à la

date que justice dira, le dossier étant renvoyé à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision sur la demande de reclassement professionnel. Dans un premier grief, elle allègue que la demande du 8 avril 2013 est une demande de révision, dont le motif est son licenciement au 31 juillet 2012. Dans la mesure où il ne s'agit pas d'une nouvelle demande, la question de la tardiveté de la demande n'a pas lieu d'être. Dans un second argument, la recourante requiert que le rapport du 7 avril 2009 du SMR soit pris en considération de manière prépondérante, faute d'examen approfondi plus récent, l'avis médical du 7 octobre 2013 du Dr F._____, au demeurant chirurgien et non psychiatre, ne pouvant être considéré comme tel. Elle allègue de surcroît que son revenu ayant passé de 41'600 fr. en 2008 à 19'875 fr. en 2013, cela constituait un motif de révision et que, compte tenu de la part active et de la part ménagère, son invalidité devait être évaluée à 66.79%, donnant droit à trois quarts de rente depuis le 1^{er} février 2013. Enfin, la recourante constate que le reclassement professionnel n'a pas été instruit. Elle relève en particulier que les conditions d'octroi d'un reclassement professionnel en tant qu'animatrice socioculturelle sont remplies et qu'elle a dès lors droit au paiement par l'office AI d'un bachelor of arts HES-SO.

Dans sa réponse du 17 novembre 2014, l'OAI maintient qu'il s'agit d'une nouvelle demande de prestations. La capacité de travail de l'assurée étant à nouveau de 50%, six mois après le dépôt de sa nouvelle demande, son taux d'invalidité ne s'en trouve pas modifié. Son aptitude au travail demeurant inchangée depuis la dernière décision, il n'existe aucun motif de révision. S'agissant de la réadaptation, l'OAI considère que la mesure n'est pas indiquée, le préjudice économique ne pouvant être réduit, conformément à l'instruction menée.

Les parties ont maintenu leur argumentation dans leurs écritures des 12 décembre 2014 et 12 janvier 2015.

Le 2 juillet 2015, la recourante a informé le tribunal de la mise en place d'un stage à 50% d'une durée d'une année en qualité de « job coach » à l'E._____. [E._____]. Dans ce cadre, elle pourrait effectuer

une formation de conseillère en réinsertion professionnelle en cours d'emploi, laquelle pourrait débiter le 1^{er} septembre 2015 auprès de l'Ecole I. _____ [I. _____].

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'AI (cf. art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

Le présent recours, formé en temps utile compte tenu des fêtes judiciaires (cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA), et dans le respect des formes prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), est en conséquence recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 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 (cf. ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité ensuite du dépôt d'une nouvelle demande de prestations le 8 avril 2013. Cette dernière se plaint de surcroît de l'absence d'examen de la part de l'OAI d'un éventuel droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel, consistant dans la prise en charge d'un reclassement dans une nouvelle profession.

3. a) Tant le droit au reclassement professionnel (art. 17 LAI) que le droit à une rente (art. 28 LAI) supposent que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente. L'invalidité se définit comme 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 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit 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 (art. 6 LPGA).

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est

invalide à 40% au moins (let. c). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité ; ainsi, un degré d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

b) L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations, de même que lors d'une révision de celui-ci : méthode générale de la comparaison des revenus pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet (cf. art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA ; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4), méthode spécifique pour un assuré sans activité lucrative (cf. art. 28a al. 2 LAI ; cf. ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et méthode mixte pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (cf. art. 28a al. 3 LAI ; cf. ATF 137 V 334 consid. 3.1, 130 V 393 et 125 V 146 ; cf. TF 9C_514/2014 du 23 décembre 2014 consid. 4).

aa) Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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 ; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a et les références) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 ; voir également arrêt 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3 et 4, in SVR 2010 IV n° 11 p. 35).

bb) Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et

dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels ; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA et 27 RAI). Par travaux habituels, il faut notamment entendre l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (cf. art. 27 RAI ; cf. ATF 137 V 334 consid. 3.1.2).

cc) Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus (cf. art. 16 LPGA). S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question ; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI ; voir par ailleurs ATF 137 V 334 consid. 3.1.3, 131 V 51 consid. 5.1.2). L'invalidité totale de la personne assurée résultera de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines (cf. ATF 130 V 393 consid. 3.3 et 125 V 146).

dd) Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et

talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2, 133 V 504 consid. 3.3, 131 V 51 consid. 5.1.2, 125 V 146 consid. 5c/bb et 117 V 194 consid. 3b ; cf. TF 9C_49/2008 du 28 juillet 2008 consid. 3.1-3.4). Cette évaluation doit également prendre en considération la volonté hypothétique de l'assuré qui, en tant que fait interne, ne peut faire l'objet d'une administration directe de la preuve et doit en règle générale être déduite d'indices extérieurs (cf. TF 9C_64/2012 du 11 juillet 2012 consid. 5.2 in fine et la référence citée).

c) Lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (cf. art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]), 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 instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. En cas de recours, le juge est tenu d'effectuer le même examen (ATF 130 V 64 consid. 2 et les arrêts cités). Les autorités doivent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 2). Selon l'art. 17 LPGA, lorsque 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. Selon la jurisprudence, tout changement important des circonstances, propre à influencer le taux d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. 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). Une appréciation différente d'une situation demeurée

inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (cf. TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 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. 5.4, 130 V 343 consid. 3.5.2).

d) S'agissant de la naissance du droit à la rente, cette dernière reste subordonnée aux conditions posées par les arts. 28 al.1 LAI et 29 al.1 LAI, en cas de nouvelle demande déposée à la suite d'un premier refus de prestations. Aussi, l'exigence d'une incapacité de travail d'au moins 40% durant un an, ainsi que l'échéance d'une période de 6 mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit restent des conditions préalables à la naissance du droit (ATF 140 V 2 consid.5.3 ; TF 9C_302/2015 du 18 septembre 2015 consid. 5.2, 9C_901/2012 du 21 mai 2013 consid. 6).

4. Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, 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 (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_7462011 consid.1.2).

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 (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c, 105 V 156 consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (cf. ATF 125 V 193 consid. 2, 121 V 45 consid. 2a et 121 V 204 consid. 6b avec la référence). En outre, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être, consciemment ou non, le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a). Cette jurisprudence dite des « premières déclarations » ou des « déclarations de la première heure » s'applique de manière générale en matière d'assurances sociales (TF 9C_663/2009 du 1^{er} février 2010, consid. 3.2 et les références).

5. a) Dans le cas d'espèce, il convient de se pencher sur les circonstances (médicales ou économiques) liées à la personne de l'assurée et d'examiner si elles se sont modifiées entre la décision du 28 juin 2010 et la décision attaquée du 18 juillet 2014 au point d'influencer le degré d'invalidité de la recourante.

aa) La lecture du dossier médical dans son ensemble permet d'admettre que l'état de santé de la recourante est resté globalement

stable entre 2010 et 2014. Les diagnostics psychiatriques de trouble dépressif récurrent et de trouble de la personnalité, ainsi que neurologique d'hémiplégie cérébelleuse séquellaire, qui ont conduit l'intimé à admettre dans sa première décision une incapacité de travail de 50% dans toute activité, figurent également dans les rapports plus récents des 3 mai et 21 juin 2013 des Drs R. _____ et C. _____.

La fracture tri malléolaire dont a été victime la recourante le 27 janvier 2012 lui a certes valu une incapacité de travail temporaire, d'abord en raison de son accident (100% du 27 janvier au 31 mai 2012 ; 50% du 1^{er} juin au 15 juillet 2012), puis à 100% du 21 mars au 5 avril 2013 en raison de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse (ci-après : AMO), mais elle est restée sans conséquence durable sur sa capacité de gain, puisque la recourante a pu reprendre son travail en plein en juillet 2012, puis en avril 2013, après son AMO.

Le rapport du 18 mars 2014 établi par le Dr R. _____ à la suite du rapport d'IRM du 21 janvier 2014 fait état de limitations fonctionnelles somatiques qui n'avaient pas été prises en considérations précédemment. Cependant, ces dernières ont principalement une incidence sur l'activité d'ergothérapeute que la recourante n'exerçait déjà plus en 2010. Le médecin traitant ne s'est en revanche pas prononcé sur l'incidence de ces limitations somatiques supplémentaires sur son activité de formatrice, de veilleuse ou dans une quelconque activité adaptée. Il est toutefois vraisemblable qu'elles aient été sans effet supplémentaire sur ces activités, puisque L. _____ travaillait encore comme veilleuse au moment de l'établissement du rapport médical précité, et que les limitations fonctionnelles mentionnées paraissent vraisemblablement compatibles avec l'activité de formatrice.

Enfin les médecins traitants, interpellés dans le cadre de l'instruction de la nouvelle demande, reconnaissent à la recourante une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles psychiques et somatiques. Le Dr C. _____, seul médecin à chiffrer cette capacité de travail dans son rapport du 21 juin 2013, admet

qu'une activité à 50% est toujours immédiatement exigible (cf. point 1.9 dudit rapport).

Compte tenu de ce qui précède, le seul rapport médical qui révèle des éléments somatiques objectifs nouveaux (rapport du Dr R. _____ du 18 mars 2014) ne permet pas d'admettre une aggravation de l'état de santé de la recourante qui influencerait son degré d'invalidité, les autres documents médicaux relevant un état de santé similaire à celui qui prévalait en 2010.

bb) Malgré la production du rapport du Dr R. _____ du 18 mars 2014 à l'appui de ses observations du 8 avril 2014, la recourante allègue que c'est principalement son licenciement par W. _____ fin juillet 2012, événement dont les conséquences avaient fait l'objet d'hypothèses dans le cadre de l'examen clinique psychiatrique du 20 mars 2009 du SMR, et la baisse de revenu qui en a découlé, qui constituent le motif de révision.

Comme rappelé ci-dessus, toute modification sensible de l'état de santé, mais aussi tout changement important de ses conséquences sur la capacité de gain, peuvent constituer un motif de révision de la rente (cf. consid. 3c supra). Aussi la baisse du revenu d'invalidité est-elle susceptible de constituer un tel motif.

La recourante allègue à cet égard que son revenu de Fr. 41'600 fr. en 2008, relatif à son activité de formatrice chez W. _____ (cf. attestation de l'employeur du 24 juillet 2008) s'est trouvé réduit, ensuite de son licenciement, à 19'876 fr. 35 en 2013, alors qu'elle travaillait comme veilleuse auprès de la O. _____ (cf. attestation de l'employeur du 4 juillet 2013). Elle prétend que cette baisse de revenu est conforme au pronostic de la Dresse X. _____ (cf. rapport du SMR du 7 avril 2009), selon lequel elle serait dans l'impossibilité de reprendre le travail si elle venait à perdre son emploi de formatrice, et risquait de se retrouver en incapacité de travail à 100%.

Ce grief n'est toutefois pas fondé, notamment parce qu'il se base sur une hypothèse médicale, posée en avril 2009, qui n'a pas été confirmée.

En préambule, il convient de relever que ni le Dr R._____, ni le Dr C._____ n'ont pu lier le licenciement de leur patiente à des problèmes de santé. En effet, le Dr R._____ n'a pu déterminer si la perte d'emploi de la recourante était corrélée à sa problématique psychique ou à des difficultés organisationnelles (cf. rapport du 3 mai 2013, point 1.4). Le Dr C._____, pour sa part, a noté dans son rapport du 21 juin 2013 que ce licenciement faisait suite à l'arrivée d'un nouveau chef. Ainsi, on ne peut affirmer en l'état que la perte de l'emploi auprès de W._____ est en lien avec les problèmes de santé de la recourante.

En outre, aucun élément au dossier ne révèle une quelconque incapacité de travail ou des difficultés de la part de la recourante à reprendre un emploi de formatrice en raison de ses problèmes de santé. Au contraire, il ressort du rapport du 21 juin 2013 du Dr C._____ qu'elle a débuté en juin 2013 un emploi temporaire comme assistante de formation à S._____ et qu'elle travaille depuis 2012 comme formatrice dans une association pour le soutien aux migrants ([...]). Il ressort d'ailleurs des propres déclarations de la recourante dans le formulaire « 531bis » du 8 mai 2013 qu'elle réalise un salaire mensuel d'environ 3'000 fr., soit 36'000 fr. par an. Enfin, si le stage à 50% en qualité de « job coach » à l'E._____ annoncé dans les déterminations de la recourante du 2 juillet 2015 ne doit pas entrer en considération dans la mesure où il est postérieur à la décision attaquée, il représente toutefois un indice confirmant, s'il le fallait, que l'hypothèse posée en 2009 par la Dresse X._____ du SMR n'est pas réalisée.

La reprise d'une activité professionnelle à 50% étant immédiatement exigible, ainsi que l'a confirmé le Dr C._____, l'évolution du trouble récurrent restant stationnaire (cf. rapport du 21 juin 2013, point 1.9), et la baisse du salaire d'invalidé étant liée à des circonstances propres au marché de l'emploi, rien ne permet de retenir sur ce point un

motif de révision qui pourrait fonder le droit à une prestation de l'assurance-invalidité.

cc) S'agissant de la répartition de son temps entre activité lucrative et ménagère, la recourante a déclaré le 8 mai 2013 (cf. formulaire « 531bis »), qu'en bonne santé, elle exercerait une activité à 90% depuis 1991. Le 29 juin 2008, dans un même formulaire, la recourante avait toutefois déclaré qu'elle travaillerait à 85% depuis ses études universitaires, par nécessité financière. Dans le cadre de l'enquête ménagère du 26 mars 2010, elle avait indiqué que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 85% par choix personnel.

De telles circonstances peuvent également constituer un motif de révision. En effet, si la situation sociale de l'assuré change, son invalidité pourra, le cas échéant, être évaluée selon la méthode de comparaison des revenus alors qu'à l'origine elle avait été évaluée selon la méthode spécifique ou l'inverse. Il convient cependant, en règle générale, de ne pas s'écarter, sauf nécessité absolue, des critères fixés lors de l'évaluation initiale (ATF 104 V 148 consid.2).

En l'espèce, les déclarations de la recourante relatives à l'augmentation de cette part d'activité lucrative à 90% depuis 1991 ne sauraient remettre en cause une décision devenue définitive et exécutoire fixant ce taux à 85%, qui correspond de surcroît en grande partie aux taux auxquels elle a exercé les activités relevées dans l'enquête ménagère. Elle n'apporte en outre aucun élément ou indice supplémentaire permettant d'admettre l'augmentation de cette part d'activité entre la décision de 2010 et la décision actuellement contestée. Ce qui précède ne saurait par conséquent constituer un motif de révision.

b) Dans un ultime grief, la recourante reproche encore à l'intimé de n'avoir pas procédé à l'examen de son droit à des mesures professionnelles.

L._____, conformément aux constatations médicales unanimes, est susceptible d'exercer à 50% une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. L'activité de formatrice, qu'elle exerçait déjà au taux de 50% lors de sa première demande, a été considérée par l'intimé comme activité usuelle, ce qui n'a jamais été contesté par la recourante. Cette activité, adaptée à son état de santé, a également été prise en considération pour calculer le revenu d'invalidé. Dès lors, sauf à améliorer les revenus de l'activité principale usuelle, ce qui n'est pas le rôle de l'assurance-invalidité, la capacité de gain de la recourante ne peut pas être améliorée.

Ce grief est en conséquence également mal fondé, l'intimé n'ayant pas à procéder à l'examen du droit à de telles mesures.

6. a) Il apparaît ainsi que le recours est mal fondé, ce qui implique la confirmation de la décision rendue par l'OAI le 18 juillet 2014.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (cf. art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a en outre pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours déposé le 10 septembre 2014 par L._____ est rejeté.

- II.** La décision rendue le 18 juillet 2014 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 la recourante.

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

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Philippe Graf (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :