

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 juillet 2016

Composition : Mme THALMANN, présidente
Mmes Di Ferro Demierre et Dessaux, juges
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante,

et

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

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

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assurée), citoyenne helvétique d'origine roumaine née en 1963, ingénieur diplômée en chimie, ayant en particulier travaillé en laboratoire avant de cesser toute activité lucrative depuis 2003, a déposé le 18 mai 2009 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), qu'elle complètera ultérieurement en indiquant que, sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à 100% (cf. formulaire 531bis du 12 juin 2009). Avec cette demande, ont en outre notamment été produits deux certificats médicaux des 11 et 18 novembre 2008, le premier émanant de la Dresse W._____, médecin assistante au Service d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier R._____), et le second rédigé par le Prof. X._____, chef du Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation Centre hospitalier R._____. Il en résultait que l'intéressée souffrait d'un syndrome métabolique avec diabète de type II (complicé d'une polyneuropathie des membres inférieurs des deux côtés, d'une néphropathie de stade 2, ainsi que d'une rétinopathie et d'une coronaropathie non explorées), d'hypertension artérielle (HTA), de dyslipidémie et de migraines avec aura, la patiente étant par ailleurs connue pour une polyarthrose au niveau des chevilles et du dos.

A teneur d'un rapport du 17 août 2009, la Dresse W._____ a diagnostiqué un diabète type II compliqué de polyneuropathie et néphropathie, une HTA et une obésité classe II. Etaient en outre signalées des limitations sous forme d'asthénie, se manifestant au travail par de la fatigue et des douleurs aux membres inférieurs. La Dresse W._____ a ajouté qu'il y avait lieu d'éviter les activités uniquement en position assise, uniquement en position debout ou dans différentes positions, ainsi que les activités exercées principalement en marchant et celles requérant de se pencher, de travailler avec les bras au-dessus de la tête, accroupi, à genoux, ou en rotation en position assise/en position debout ; de même, les travaux nécessitant de soulever ou porter, ainsi que de monter sur une

échelle, un échafaudage ou des escaliers étant également à proscrire. En outre, la capacité de concentration, d'adaptation et la résistance de l'assurée étaient limitées. A ce compte-rendu, la Dresse W._____ a annexé un rapport du 4 juin 2009 du Service d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme du Centre hospitalier R._____, confirmant les diagnostics susmentionnés. Il en ira de même d'un rapport du 9 mars 2009 dudit service, ultérieurement versé au dossier le 30 novembre 2009.

Dans un rapport du 25 février 2010, les Drs Y._____ et J._____, respectivement chef de clinique et médecin assistant au Service d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme du Centre hospitalier R._____, ont posé les mêmes diagnostics que ceux précédemment mentionnés. S'agissant des déficits fonctionnels, ils ont exposé que la situation s'était améliorée au niveau métabolique et qu'elle était restée stationnaire sur le plan des plaintes et de la fatigabilité. Concernant le retentissement sur l'état de santé, ils ont signalé une atteinte neurologique périphérique symptomatique. Quant aux restrictions à prendre en compte dans l'exercice d'une profession, ils ont évoqué la flexion, le levage et le port de charges fréquent ainsi que la montée d'escaliers, d'échelles et de plans inclinés, le travail n'étant par ailleurs possible que moyennant des pauses supplémentaires. Les Drs Y._____ et J._____ ont en outre estimé que l'exercice de la dernière activité comme d'un travail adapté n'était pas envisageable.

Sur mandat de l'OAI, une expertise a été mise en œuvre auprès du Dr S._____, spécialiste en médecine interne. Dans son rapport du 1^{er} juillet 2010, l'expert a retenu ce qui suit :

"5 Diagnostic

5.1 Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail

Aucun.

5.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail

Syndrome métabolique avec :

- Diabète de type II
- Polyneuropathie sensitive discrète des membres inférieurs

- Néphropathie de stade II
- Hypertension artérielle
- Dyslipidémie mixte type IIb
- Obésité très sévère de classe III (BMI : 41 kg/m²)

Migraine avec aura

Métatarsalgies de surcharge

Dorso-lombalgies intermittentes non spécifiques

Incontinence urinaire mixte

Suspicion de syndrome du tunnel carpien droit

Hernie hiatale avec reflux

6 Appréciation du cas et pronostic

[...]

6.1 Rappel de l'histoire médicale

[...]

6.2 Situation actuelle

Cliniquement, l'assurée présente une obésité morbide, une polyneuropathie périphérique sensitive caractérisée par une hypoesthésie vibratoire sans altération du sens postural des orteils, sans altération du réflexe achilléen mais avec diminution de la sensibilité plantaire et de la discrimination chaud-froid des pieds. Il n'y a pas de trouble moteur, pas de trouble de la marche, ni ataxie statique. L'assurée se plaint de crampes dans les membres inférieurs notamment aux mollets et au niveau du pied sans dysesthésies évidentes, hyperalgésie ou allodynie. Elle poursuit son traitement de Lyrica à faible dose (75 mg le soir).

Dans ces conditions, cette neuropathie ne peut pas être considérée comme invalidante en l'absence de douleurs évidentes et de dysesthésies. Les crampes musculaires annoncées sont susceptibles cependant de perturber la qualité du sommeil. Il est à rappeler qu'un syndrome des apnées du sommeil a été exclu. Il n'y a d'ailleurs pas d'hypersomnolence diurne avec un score d'Epworth en dessous de 6/24.

Au moment de l'examen de ce jour, il n'est pas mis en évidence d'œdème des membres inférieurs.

Ainsi, nous nous trouvons dans une situation de syndrome métabolique dans le cadre d'une obésité morbide sans cependant de limitations fonctionnelles mises en évidence.

Le diabète est plus ou moins bien compensé et ne permet pas en soi de reconnaître d'incapacité de travail, ni d'ailleurs la néphropathie asymptomatique.

Le catalogue des plaintes est long mais finalement en relation avec des affections bénignes, certes pouvant gêner l'assurée dans sa vie quotidienne mais sans réel impact sur sa capacité de travail. Je veux ainsi parler de la raideur des mains matinale, des acroparesthésies nocturnes, des céphalées migraineuses avec probablement une composante tensionnelle, de l'incontinence urinaire, des renvois,

des ballonnements, des vertiges orthostatiques ou encore de la transpiration accrue ou des bouffées de chaleur.

Il est également banal, dans le cadre de l'obésité de l'assurée qu'elle présente de temps en temps un œdème vespéral, une transpiration accrue ainsi que des bouffées de chaleur, éventuellement annonciatrice d'un syndrome climatérique.

L'assurée a présenté des problèmes urinaires avec hématurie macroscopique bilatérale, sans apparemment de diagnostic définitif. Une cystoscopie était sans lésion. Actuellement, c'est-à-dire le jour de l'examen, elle présente probablement une infection urinaire suggérée par une dysurie et des frissonnements en fin d'examen, sans état fébrile. [...]

L'assurée est principalement gênée par ses douleurs des pieds, en particulier ses métatarsalgies. Elles concernent les trois derniers rayons des deux pieds. Il a été diagnostiqué des troubles statiques modérés, une arthrose sous talienne droite et tibio-astragalienne bilatérale. Ces métatarsalgies pourraient bénéficier certainement de supports plantaires. Ses douleurs n'ont pas de caractéristique neuropathique, surviennent uniquement à la charge, s'améliorant à l'échauffement. Il n'y a pas de boiterie, pas de limitation de la marche sur les pointes lors de l'examen.

Dans ces conditions, il n'est pas possible de reconnaître de limitation fonctionnelle significative dans l'activité déployée. C'est également le cas concernant l'annonce de dorsalgies intermittentes ou de lombalgies. L'examen ne montre pas de syndrome lombo-vertébral significatif, malgré les troubles statiques et modérément dégénératifs rapportés sur les radios du rachis de 2008.

6.3 Limitations fonctionnelles

Dans une activité légère de type employée de laboratoire ou équivalent ainsi que dans une activité administrative, il n'est pas mis en évidence de limitations fonctionnelles. Les métatarsalgies qui pourraient limiter la longue position statique debout peuvent être corrigées, au moins partiellement, par le port de soutiens plantaires adaptés. Il n'en résulte pas d'incapacité de travail."

Conséquemment, l'expert a estimé que la capacité de travail de l'assurée était de 100% dans l'activité d'ingénieur en chimie ou employée de laboratoire.

Par décision du 17 janvier 2011, confirmant un projet du 16 septembre 2010, l'OAI, se fondant sur l'appréciation du Dr S._____, a rejeté la demande de prestations de l'assurée aux motifs que cette dernière ne présentait pas d'atteinte invalidante à la santé et que sa capacité de travail était de 100% dans son activité habituelle.

Le 17 février 2011, B._____ a porté l'affaire devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Dans ce contexte, la prénommée a en particulier produit un CD-ROM comprenant de nombreux documents, dont notamment un rapport du 22 juin 2010 du Dr U._____, chef de clinique au Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du Centre hospitalier R._____, évoquant un examen compatible avec une pyélonéphrite bilatérale plus marquée du côté gauche, sans lithiase urinaire, mais avec une stéatose hépatique ainsi qu'un aspect tuméfié de l'ovaire gauche. Figurait également parmi les pièces produites un rapport du 12 juillet 2010 du Prof. H._____ et de la Dresse K._____, respectivement médecin chef et cheffe de clinique au Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du Centre hospitalier R._____, signalant une lésion en hypersignal T2 au niveau du toit du vagin correspondant à un kyste d'inclusion vaginale ou à une lymphocèle, précisant que l'ovaire droit n'avait pas été visualisé, relevant en outre plusieurs lésions kystiques au niveau de l'ovaire gauche et mentionnant enfin l'absence de liquide libre intra-abdominal ou d'adénopathie.

Statuant le 20 décembre 2011 (AI 60/11 - 571/2011), la juridiction cantonale a débouté l'assurée et confirmé la décision de l'OAI du 17 janvier 2011, considérant qu'il y avait lieu de reconnaître à l'intéressée une pleine capacité de travail dans son activité habituelle sur la base des constatations de l'expert S._____.

Le 20 janvier 2012, l'intéressée a déféré le jugement cantonal susdit devant le Tribunal fédéral, qui a rejeté ce recours dans la mesure de sa recevabilité en date du 2 avril 2012 (9C_54/2012). Une demande de révision de l'arrêt fédéral a, quant à elle, été rejetée par la Haute Cour le 11 juillet 2012 (9F_4/2012).

B. Après avoir été hospitalisée du 1^{er} au 17 janvier 2013 au Service de chirurgie viscérale du Centre hospitalier R._____ pour une hémicolectomie gauche et une annexectomie bilatérale, B._____ a déposé le 31 juillet 2013 une nouvelle demande de prestations auprès de

l'OAI, aux motifs que, depuis dix ans, elle présentait les atteintes suivantes : un syndrome métabolique avec diabète de type II compliqué d'une néphropathie et d'une polyneuropathie, un cancer colorectal opéré, une hystérectomie totale, une péritonite chronique, une hernie ombilicale, une polyarthrose chronique, de multiples discopathies et de multiples fractures. Ultérieurement invitée à indiquer le taux auquel elle aurait travaillé sans atteinte à la santé, l'intéressée répondra avoir exercé son dernier emploi à 100% (cf. formulaire 531bis du 6 septembre 2013).

En date du 21 août 2013, le Dr E._____, gastro-entérologue, a transmis à l'OAI des rapports d'endoscopie réalisés en décembre 2012 et mai 2013, tout en précisant ne pas avoir revu l'assurée depuis et ne pas être en mesure d'évaluer son incapacité.

Par rapport du 22 août 2013, le Dr O._____, spécialiste en médecine interne, allergologie et immunologie, a signalé les diagnostics suivants :

- "- cancer colique opéré en 2012 [sic]
- HTA
- obésité stade 3
- diabète type 2 avec néphropathie et polyneuropathie
- migraines
- nodule surrénalien
- kyste ovarien (annexectomie bilatérale)
- troubles psychiatriques de nature indéterminée (refuse toute consultation de psychiatrie[])."

Ce médecin a en outre estimé que le pronostic était mauvais (tendance paranoïaque), que l'incapacité de travail dans l'activité de chimiste était actuellement totale et qu'un avis psychiatrique était nécessaire mais que la patiente s'y refusait. Au chapitre des restrictions, il a indiqué que l'assurée, obèse, était incapable de collaborer avec des collègues. Le Dr O._____ a ajouté qu'il y avait lieu d'éviter les activités uniquement en position assise, uniquement en position debout ou dans différentes positions, ainsi que les activités exercées principalement en marchant et celles requérant de se pencher, de travailler avec les bras au-dessus de la tête, accroupi, à genoux, ou en rotation en position assise/en position debout ; de même, les travaux nécessitant de soulever ou porter,

ainsi que de monter sur une échelle, un échafaudage ou des escaliers étaient à proscrire. Il a également signalé des limitations au niveau de la capacité de concentration, d'adaptation et de la résistance. A ce compte-rendu étaient joints divers documents médicaux, parmi lesquels figurait un rapport du 20 février 2013 du Dr R._____, médecin adjoint au Service de chirurgie viscérale du Centre hospitalier R._____, relatif à un contrôle postopératoire - document dont on extrait ce qui suit :

"Diagnostics - Antécédents - Intervention

- Adénocarcinome du côlon descendant pT2 pN0 (0/17) cM0 L0 V0 pN0 R0 (diagnostic primaire en décembre 2012)
- Status post-hémi-colectomie gauche élargie au transverse avec anastomose colo-colique termino-terminale manuelle et annexectomie bilatérale le 07.01.2013
- Nodule surrénalien gauche (inchangé de 14mm de diamètre comparé au CT du 4.02.2011)
- Obésité (BMI 35)
- Diabète de type 2 traité par antidiabétiques oraux
- Hypertension artérielle
- Status post-hystérectomie par pfannenstiël pour fibrome compliqué d'une hémorragie en 2005
- Angoisses

[...]

Status

La cicatrice péri-ombilicale est calme mais encore un peu indurée avec une croûte mais pas de signe d'infection ni de hernie."

Par correspondance du 6 septembre 2013 adressée à l'OAI, l'assurée a détaillé les symptômes dont elle souffrait sur le plan somatique, faisant valoir qu'elle était gravement malade et ne pouvait plus travailler en ce moment. Elle a annexé différents documents à son écrit, dont un rapport anatomo-pathologique signé le 18 avril 2013 par la Dresse AA._____, spécialiste en anatomie pathologique, observant ce qui suit au vu des coupes réalisées lors de l'intervention du 7 janvier 2013 :

- **Annexectomies droite et gauche : kyste séreux simple de l'ovaire gauche et réaction inflammatoire sur matériel d'embolisation. Pas de signe de malignité.**
- **Hémi-colectomie gauche : Adénocarcinome moyennement différencié, pT2 N0(0/17) R0 G2, microsatellite stable,**
- **Péritonite chronique et abcédante[.]**"

Aux termes d'un rapport du 23 septembre 2013, le Dr EE._____, spécialiste en orthopédie traumatologique, a posé les diagnostics sans impact sur la capacité de travail de status post fracture aux pieds, de diabète de type II, de syndrome de Cushing, d'ostéoporose et de complications de diabète. Pour le surplus, il a invité l'OAI à convoquer l'assurée auprès d'un médecin-conseil, le cas étant trop compliqué et dépassant largement l'éventuel problème orthopédique.

Dans un rapport du 2 octobre 2013, le Dr FF._____, spécialiste en médecine interne et oncologie, a signalé les atteintes incapacitantes de syndrome douloureux abdominal d'origine indéterminée, de status après résection du sigmoïde le 7 janvier 2013 pour un adénocarcinome moyennement différencié pT2 N0 M0, de status après annexectomie bilatérale le 7 janvier 2013, de déhiscence de la ligne blanche avec hernie ombilicale, de diabète et d'excès pondéral. Il a ajouté que, du point de vue oncologique strict, il n'y avait pas d'incapacité professionnelle. Il a néanmoins relevé chez l'assurée une sensation d'injustice face à la persistance des douleurs et à l'incapacité de retrouver du travail depuis plus de cinq ans.

Par courriers des 24 octobre et 20 novembre 2013, l'assurée a requis la suspension de la procédure introduite auprès de l'OAI, lui reprochant le « *nesérieux [sic] de [sa] démarche* ».

Par avis médical du 21 novembre 2013, les Drs GG._____ et HH._____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), ont estimé qu'il y avait lieu de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire avec volet rhumatologique, oncologique, chirurgical, de médecine interne et psychiatrique.

A teneur d'une communication du 26 novembre 2013, l'OAI a informé l'assurée de la nécessité d'une telle expertise.

Par courriers des 28 novembre 2013 et 17 février 2014, l'assurée a fait savoir à l'OAI qu'elle s'opposait à ce qu'une expertise soit mise en œuvre sur le plan psychiatrique, n'ayant jamais eu de suivi à ce niveau ni sollicité l'AI pour des motifs psychiatriques, et a demandé à ce que l'office statue en l'état du dossier.

Par avis médical du 29 avril 2014, les Drs HH._____ et II._____, également du SMR, ont indiqué qu'il était renoncé aux volets oncologique et chirurgical de l'expertise. Ils ont expliqué que dans son rapport du 2 octobre 2013, le Dr FF._____ ne retenait aucune incapacité de travail durable d'ordre oncologique et que, les plaintes de l'assurée étant essentiellement liées à la persistance de douleurs abdominales, un interniste était certainement qualifié pour exprimer un avis éclairé. Ils ont suivi le même raisonnement s'agissant de l'évaluation chirurgicale, demandée en raison d'une déhiscence de la ligne blanche après l'hémicolectomie gauche et l'annexectomie bilatérale du 7 janvier 2013.

En date du 6 mai 2014, le Dr EE._____ a fait parvenir à l'OAI divers documents médicaux, dont un rapport du 3 juin 2013 dans lequel ce médecin signalait les diagnostics de métatarsalgies ainsi que de scapulalgies gauches, tout en mentionnant des antécédents sous forme de diabète de type II, de syndrome de Cushing, de tumeur surrénalienne, de néphropathie diabétique, de polyneuropathie diabétique et de probable ostéoporose. Le Dr EE._____ constatait encore qu'en dehors d'une tendinopathie du sus-épineux avec une fonction complète mais des signes conflictuels, le reste de l'examen était relativement dans les normes.

Par communication du 15 mai 2014, l'OAI a informé l'assurée que l'expertise prévue serait effectuée au sein du Centre [...] (ci-après : le Centre LL._____) de [...], par les Drs MM._____, spécialiste en médecine interne, OO._____, spécialiste en rhumatologie, et NN._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Dans une lettre rédigée le 24 mai 2014, l'assurée a déclaré qu'elle refusait catégoriquement un examen psychiatrique, mais qu'elle se soumettrait aux deux autres volets de l'expertise.

En date du 26 mai 2014, le Centre LL._____ a convoqué l'assurée à des examens avec les Drs MM._____, OO._____ et NN._____ pour le 20 juin suivant - ce à quoi l'intéressée a réagi en téléphonant au centre le 28 mai 2014, pour s'opposer à l'expertise psychiatrique (cf. compte-rendu d'entretien téléphonique de l'OAI avec le Centre LL._____ du 28 mai 2014).

Par décision incidente rendue le 12 juin 2014, l'OAI a signifié à l'assurée que l'expertise psychiatrique était maintenue et que la date de l'examen serait fixée ultérieurement, la rendant par ailleurs attentive aux conséquences d'un refus de collaborer. Ainsi, l'office a souligné que, si l'intéressée ne devait pas se tenir au rendez-vous convenu, ne se présentait pas ponctuellement à l'expertise ou ne collaborait pas activement lors de celle-ci, son comportement violerait l'obligation de collaborer et entraînerait le prononcé d'une décision en l'état du dossier.

Le 24 juin 2014, l'assurée a adressé à l'office un écrit où elle insistait essentiellement sur le fait qu'aucune expertise psychiatrique n'était envisageable et renouvelait sa demande tendant à ce qu'une décision finale soit rendue en l'état du dossier. Cet écrit ayant été transmis par l'OAI à la Cour de céans comme objet de sa compétence, l'assurée, invitée à prendre position, a écrit à la juridiction cantonale le 16 août 2014 pour demander l'annulation de cette procédure dans la mesure où la lettre du 24 juin 2014 ne représentait en aucun cas un recours contre la décision du 12 juin 2014 mais une demande à l'OAI de rendre une décision finale en l'état du dossier, faisant par ailleurs valoir que l'administration suisse refusait de reconnaître son état de santé depuis six ans et priant la présente instance d'enregistrer le déni de justice signalé. Cela étant, par arrêt du 18 août 2014, la Cour a rayé la cause du rôle (AI 158/14 - 201/2014). Le recours interjeté par l'assurée le 19 septembre 2014 contre cet arrêt - recours aux termes duquel elle a réitéré tant sa

demande visant à ce qu'il soit statué en l'état du dossier, que son refus catégorique d'une expertise psychiatrique - sera déclaré irrecevable par le Tribunal fédéral en date du 29 décembre 2014 (9C_689/2014).

Faisant suite à l'arrêt cantonal susdit, l'OAI a écrit à l'assurée le 26 août 2014 pour lui indiquer qu'elle serait prochainement convoquée au Centre LL._____ en vue d'une expertise pluridisciplinaire, lui rappelant au surplus les conséquences d'une violation de l'obligation de collaborer. Toujours le 26 août 2014, l'assurée adressé à l'OAI un courrier reprenant la teneur de celui du 24 juin précédent.

En date du 1^{er} septembre, le Centre LL._____ a convoqué l'assurée à un examen avec le Dr NN._____ pour le 29 octobre 2014, ainsi qu'avec les Drs MM._____ et OO._____ pour le 31 octobre suivant.

L'assurée ne s'étant pas présentée au rendez-vous fixé par le Centre LL._____ en vue de procéder au volet psychiatrique de l'expertise, l'OAI, par courrier du 7 novembre 2014, a prié ledit centre de lui faire parvenir le rapport d'expertise « *en l'état du dossier* », à savoir sans la partie psychiatrique.

A la suite des examens cliniques réalisés le 31 octobre 2014, les experts MM._____ et OO._____ ont établi leur rapport le 29 décembre 2014, précisant que le volet psychiatrique avait été abandonné d'entente avec l'OAI dans la mesure où l'assurée ne s'était pas présentée à la convocation et refusait de se soumettre à l'examen. Cela étant, les experts ont formulé les conclusions suivantes :

"SYNTHÈSE ET DISCUSSION

[...]

Situation actuelle et conclusions :

Sur le plan de la médecine interne, cette assurée présente donc plusieurs pathologies qui semblent être toutes en partie sous contrôle :

Une maladie métabolique sous forme de diabète de type 2 pour laquelle on vient de modifier son traitement par l'adjonction de Diamicon d'une part et d'injection de Victoza, d'autre part[.] Cette modification est un peu récente pour juger de l'efficacité. L'assurée fait des autocontrôles et les valeurs restent un peu élevées. L'hémoglobine glyquée à 8.0 %, selon ses dires, montre que l'équilibre du traitement n'est pas encore satisfaisant. Cela ne représente cependant pas un caractère incapacitant.

L'hyperlipémie est bien compensée par la prise de Crestor et n'a pas de caractère incapacitant.

Sur le plan digestif, l'adénocarcinome colique est sous contrôle et les derniers examens ne montrent aucune récurrence locorégionale ou à distance. Les CT scan thoraco-abdominaux n'ont pas pu mettre en évidence de cause particulière permettant d'expliquer les douleurs abdominales. Le nodule surrénalien est inchangé et les examens ont exclu un hypercorticisme ou un phéochromocytome.

L'examen de ce jour, en dehors d'une palpation abdominale très douloureuse sans cause précise, la présence d'une hernie ombilicale (pas d'incarcération intestinale) ainsi qu'une déhiscence de la ligne blanche est rigoureusement normale[.]

L'hypertension artérielle est bien compensée. Les examens cardiologiques complémentaires n'ont pas mis d'ischémie myocardique en évidence. Il y a des signes de cardiopathie hypertensive avec une hypertrophie ventriculaire gauche modérée, une légère dilatation auriculaire gauche et une dysfonction diastolique débutante[.] Il n'y a pas de signe d'insuffisance cardiaque manifeste à l'examen de ce jour.

Les migraines, très gênantes pour l'assurée[,], sont mises sur le compte d'une sinusite découverte récemment. Elles pourraient être à l'origine d'arrêts de travail itératifs et susceptibles de diminuer le rendement.

En conclusion, tous ces problèmes ne représentent pas de caractère incapacitant manifeste, la capacité de travail est complète en temps et rendement[.]

Sur le plan rhumatologique, Madame B. _____ souffre de conditions morbides multiples de caractère bénin, mais dont les interactions constituent une limitation fonctionnelle globale d'importance[.]

Les dorsolombalgies ont toujours un caractère mécanique et sont consécutives à plusieurs facteurs objectivement mis en évidence :

- Des modifications dégénératives lombaires d'importance associant discopathies protrusives L4-L5 et L5-S1 et une arthrose facettaire étagée de L2 à S1 sans qu'aucun déficit radiculaire ne se soit jamais développé.
- Une région dorsale rigide, qui ne l'était pas en 2010, dont l'origine pourrait être une spondylarthrose hyperostotique de Forestier compte tenu du diabète et de l'obésité, qui oblige la région lombaire fragilisée à compenser les pertes de mobilité dorsale[.]
- Une coxarthrose protrusive avec importante limitation fonctionnelle (flexum irréductible) qui implique des

contraintes sur les sacro-iliaques à la marche et induit un flexum des genoux[.] Ces limitations fonctionnelles des coxo-fémorales existaient déjà en 2010, mais elles se sont accentuées de façon significative dans toutes les directions et constituent un handicap important pour la statique vertébrale. Cette coxarthrose n'est certes pas débutante[.]

- Le surpoids est également délétère au rachis total et aux articulations des MI. Une prothèse totale de hanche dans un tel contexte est impensable.
- Une dysbalance musculaire avec atonie abdominale et rétraction des ischio-jambiers, cause et conséquence des conditions ci-dessus, aggrave les autres situations et vice-versa.

La synthèse de toutes ces limitations fonctionnelles liées à l'ensemble pelvi-rachidien, n'est pas forcément incapacitante définitivement, mais elle demande au sujet un tel effort de rééducation par une réharmonisation de ses muscles érecteurs du tronc et stabilisateurs du bassin, une perte pondérale importante en parallèle, une lutte anti-flexum des hanches et des genoux, qu'il en devient difficilement possible[.]

L'importante obésité abdominale justifiant un lombostat, est douloureuse en raison d'une éventration et d'une hernie ombilicale. Ces dernières particularités ne provoquent pas forcément d'incapacité mais vont perturber toute tentative de musculation des abdominaux. Or, une perte de poids est indispensable. Elle serait possible, l'assurée l'a déjà tentée avec succès, mais a immédiatement repris du poids. En conséquence une aide supplémentaire sérieuse devrait être apportée. Un by-pass gastrique, encore faut-il que l'assurée soit d'accord (une telle opération n'est pas exigible) et qu'un chirurgien accepte d'intervenir compte tenu des opérations antérieures (hystérectomie, hémicolectomie) aurait été une solution.

L'épaule droite est toujours douloureuse. Elle est consécutive à une lésion anatomique, soit la tendinopathie avancée du sus-épineux et de celle, moins prononcée du sous-épineux, les deux tendinopathies dans un contexte d'omarthrose débutante gléno-humérale et acromio-claviculaire. Il est fort peu probable qu'un traitement conservateur initié à plusieurs reprises depuis 1998 ait plus de chance de succès. Toutefois on peut constater que l'évolution a été très lente, l'examen clinique n'est pas fondamentalement différent de celui de 2010 en tout cas pour ce qui concerne la capacité fonctionnelle. Hormis l'impossibilité d'un travail en dessus du plan des épaules, il n'y a pas d'incapacité de longue durée.

Les métatarsalgies et de chevilles douloureuses ne se sont pas modifiées [.] Leur examen n'a pas changé depuis 2010. L'origine dégénérative de ce « rhumatisme » est confirmée, les traumatismes subis (fractures guéries des métatarsiens) ne jouent plus aucun rôle, et les lésions observée[s] ne sont pas d'une importance susceptible à les rendre incapacitante[s], surtout si une perte pondérale a lieu et si [elle] est astreinte à une activité légère en position assise, limitation d'ores et déjà exigée pour les autres pathologies. Le traitement chondro-protecteur sous forme de sulfate de chondroïtine peut être poursuivi et les supports plantaires avec éléments rétro-

capital et longitudinal interne avec décharge sous-calcanéenne utilisés. Les autres moyens auxiliaires (can[n]es et déambulateurs) sont également d'utilité, même s'ils ne sont pas formellement justifiés au stade actuel.

Les acroparesthésies, que l'assurée prétend toujours consécutives à une polyneuropathie diabétique, perdurent, mais leur origine n'est toujours pas formellement identifiée. Polyneuropathie et syndrome du tunnel carpien ont été formellement exclus par un ENMG en 2009. Leur examen clinique, normal au demeurant, est superposable à celui de 2010, des radiographies récentes (2013) sont normales. Il est par conséquent difficilement imaginable qu'un nouvel ENMG montre des perturbations significatives.

L'examen de la périphérie des MI (aréflexie achilléenne et diminution des sensibilités superficielle et profonde prépondérante au pied droit) témoignerait aussi en faveur d'une polyneuropathie, mais elle reste non prouvée[.] Quoi qu'il en soit, ces plaintes, peu importe leur étiologie, ne sont pas incapacitantes.

Les ATM douloureux, qui l'empêchent de mâcher correctement la viande et autre nourriture un peu dure, ne peuvent prétendre à une incapacité d'autant plus s'ils peuvent être jugulés par un traitement dentaire adéquat.

De ce qui précède, on peut admettre les affirmations de l'expertisée pour ce qui concerne ses activités professionnelles de laborantine, en chimie industrielle comme en chimie cli[ni]que, qui ne sont [plus] exigible[s], comme toute activité dans laquelle déambulations, ports et transports de charges, flexions répétitives du tronc gardent une importance significative.

Dans une activité assise respectant ces limitations, pour autant que [la] limitation de flexion des hanches dont la droite est déjà limitée à 90° (à la limite des possibilités d'utiliser des escaliers ou de s'asseoir à une place de travail) ne s'aggrave pas, une activité serait possible dans la mesure où le travail n'exige pas une position des membres supérieurs au-dessus du plan des épaules et que la minutie ne soit pas perturbée par une polyneuropathie qui irait en s'aggravant (à démontrer).

Il est évident que la reprise d'une activité professionnelle, après 10 ans d'interruption n'est pas chose facile, mais l'assurée n'est pas dénuée de ressources, culturelles et intellectuelles, permettant un recyclage dans son domaine qui tienne compte de toutes ces limitations.

RÉPONSES AUX QUESTIONS DE L'OFFICE D'ASSURANCE INVALIDITE DU CANTON DE VAUD

A. Questions cliniques

[...]

4. Diagnostics (si possible selon classification ICD-10)

4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail Depuis quand sont-ils présents ?

- Coxarthrose protrusive antérieure à 2010
- Rigidité vertébrale sur maladie de Forestier probable récente
- Dysbalance musculaire depuis 2010
- Métatarsalgies, talalgie et arthrose débutante de la tibio-tarsienne depuis 2008
- Epaule douloureuse gauche sur tendinites des sus et sous-épineux depuis 1998.

Aucun de ces diagnostics n'est susceptible de justifier une incapacité de travail de longue durée mais leur association et leurs interférences créent une situation incapacitante dans l'activité de technicienne en chimie (cf[.] situation actuelle et discussion).

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail Depuis quand sont-ils présents ?

- Amygdalectomie dans l'enfance.
- Hystérectomie totale pour fibrome en janvier 2008.
- Diabète inaugural en octobre 2008 avec néphropathie.
- Hyperlipémie en 2008[.]
- Hernie hiatale (2008).
- Hypertension artérielle depuis 2009 avec cardiopathie hypertensive et dysfonction diastolique débutante (2011).
- Adénome surrénalien gauche en 2010[.]
- Lithiase intra-rénale gauche (2010).
- Adénocarcinome colique avec hémicolectomie gauche et annexectomie bilatérale en janvier 2013 compliquée par une hernie ombilicale et déhiscence de la ligne blanche[.]
- Polypectomie du colon droit par coloscopie en mai 2013.
- Nodule thyroïdien gauche compatible avec une dystrophie micronodulaire.
- Sinusite sphénoïdale et ethmoïdale postérieure gauche avec inflammation des planchers des sinus maxillaires (15 septembre 2014).
- Obésité depuis l'enfance.
- Douleurs abdominales d'origine indéterminée.
- ATM dysfonctionnel[.]
- Acroparesthésies périphériques d'origine indéterminée

[...]

B. Influences sur la capacité de travail

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

Une activité légère en position assise avec :

- Pas de long trajet à pieds
- Pas de ports de charge supérieure à 3 kg
- Pas de flexions répétitives du tronc
- Pas de travaux en hauteur (échelles ou escabeaux)
- Pas de mouvements répétitifs du tronc
- Pas de travail avec les ms au-dessus du plan des épaules
- Pas de cadence imposée (travail à la chaîne)
- Mouvement minutieux (horlogerie par exemple)
- Moyens auxiliaires nécessaires (cane ou déambulateur)

- Horaires réguliers (diabète), éviter port de charges (hernie ombilicale et ligne blanche).

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

En chimie industrielle, ne peut plus soulever, porter et transporter les bidons de produits (pour la plupart dangereux) et les verser au bon endroit sans éclabousse[,] a besoin de moyens auxiliaires interdit[s] dans les laboratoires industriels, en chimie cli[ni]que ne pourrait pas effectuer de pipetages dont la plupart nécessitent de placer les bras au-dessus du plan des épaules.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

Capacité nulle

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?

L'activité de technicienne en chimie n'est plus exigible.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui dans quelle mesure ?

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Depuis la présente expertise[,] en 2010 ce n'était pas le cas[,] il n'y a pas eu d'évaluation complète entretemps.

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

S'est péjoré depuis 2010.

[...]

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants :

- 1. la possibilité de s'habituer à un rythme de travail*
- 2. l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social*
- 3. la mobilisation des ressources existantes*

Si non, pour quelles raisons ?

Oui

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?

Non.

[...]

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré(e) ?

Oui.

3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?

Cf. limitations plus haut.

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour) ?

A temps plein

3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Non

3.4 Depuis quand l'exercice d'une activité adaptée est-il exigible ?

Depuis la présente expertise, l'aggravation s'est faite après l'expertise de 2010."

Par rapport SMR du 28 janvier 2015, le Dr Il._____ a fait siennes les conclusions des experts du Centre LL._____. Pour le reste, il a observé que l'expertise somatique ne mettait pas en évidence d'éléments d'appel psychique, le contact étant décrit comme bon à plusieurs reprises, sans blocage, avec une attitude d'écoute et une thymie normale. Aussi l'éventualité d'une affection psychique interférant avec les capacités de jugement de l'assurée n'était-elle pas retenue, son choix de renoncer à une évaluation psychiatrique étant respecté.

Par écrit du 11 mars 2015 adressé à la direction de l'OAI, l'assurée a contesté le rapport d'expertise du 29 décembre 2014 et mis en doute l'impartialité des examinateurs du Centre LL._____. Elle a notamment fait valoir que l'expertise avait été réalisée par des médecins travaillant régulièrement pour l'AI et que chaque pathologie avait été étudiée de manière simpliste, séparément et en minimisant volontairement la symptomatologie et les complications.

Dans un courrier du 24 mars 2015 à l'OAI, l'assurée a notamment demandé à connaître la facture « *intégrale et détaillée* » des

coûts engendrés par l'instruction de son dossier AI de 2009 à 2011, par l'expertise du Dr S._____, par l'instruction de son dossier AI de 2013 à 2015, par l'expertise du Centre LL._____ ainsi que par la mise en œuvre d'une mesure d'ordre professionnel qui était alors envisagée. Le 8 avril 2015, il lui a été répondu qu'il était délicat voire impossible de procéder à un tel exercice mais qu'en tous les cas, il incombait à l'office de déterminer les mesures les plus adaptées à sa situation.

Du 4 au 29 mai 2015 s'est déroulé un stage auprès du Centre Orif de PP._____, mandaté en qualité de Centre d'observation professionnelle de l'AI (ci-après : COPAI). Dans ce contexte, l'assurée a d'une part fait l'objet d'un rapport de stage établi le 11 juin 2015 par le directeur dudit centre, qui exposait que l'intéressée avait presque tenu le plein temps de l'Orif - d'où il fallait déduire cinquante minutes journalières - avec un rendement d'environ 50% ; l'employabilité de l'intéressée restait par ailleurs très limitée, eu égard à son comportement marginal et à son déconditionnement face au travail. D'autre part, le Dr QQ._____, médecin-conseil du centre, a indiqué ce qui suit dans un rapport du 1^{er} juin 2015 :

"[...]

Au terme de ces 4 semaines de stage, notre groupe d'observation constate que Mme B._____ a tenu le plein temps du Copai (qui représente environ 80 % d'un horaire industriel normal, que nous n'avons par conséquent pas testé). Dans cet horaire, elle a obtenu des rendements médiocres à moyens. Elle est lente dans toutes les tâches, y compris des tâches administratives ou de bureau, plus en rapport avec une formation universitaire que la production manuelle. Nous pensons qu'elle pourrait atteindre un rendement au mieux de 50 % dans des activités de bureau, moyennant une formation spécifique. Il faut aussi tenir compte de la durée de l'arrêt de travail, 12 ans, qui a apporté un déconditionnement physique et psychique au travail. Nous sommes de l'avis que cette personne sera très difficile à reclasser, parce qu'elle est entièrement plongée dans son monde de symptômes, de revendications, d'idées de persécution, psychiquement bloquée sur sa symptomatologie, persuadée que le cumul de ses diverses affections ne peut qu'amener la décision de rente. A condition qu'elle soit engagée, il y a fort à parier qu'elle ne se maintiendra pas longtemps à la place de travail. Sans poser un diagnostic psychiatrique pour lequel nous ne sommes pas compétent[s], nous retenons tout de même une anxiété importante, un besoin de maîtriser tous les éléments du dossier, un comportement procédurier, des idées de persécution et un déni

complet de dysfonction de personnalité (qui motive le refus de l'assurée d'une évaluation psychiatrique). Cet ensemble symptomatique, qui nous paraît bien plus limitant que les plaintes somatiques, est peu compatible avec le maintien dans une place de travail."

Par avis médical du 13 juillet 2015, le Dr II. _____ et la Dresse RR. _____, du SMR, ont observé que pendant le stage d'observation, c'était essentiellement des éléments comportementaux qui avaient interféré avec la capacité de travail, le Dr QQ. _____ ayant du reste émis une appréciation respectant son domaine de compétence. Dès lors, une expertise psychiatrique -avec le cas échéant un examen neuropsychologique - était actuellement indispensable.

Aux termes d'une communication interne du 26 août 2015, l'OAI a pris position sur la proposition du SMR tendant à la mise en place d'une expertise. L'office a retenu en substance que l'assurée avait été avertie à diverses reprises des conséquences de son manque de collaboration en la matière, qu'elle s'opposait depuis toujours à une évaluation psychiatrique et qu'elle souhaitait qu'il soit statué en l'état du dossier. C'était donc cette voie que l'OAI entendait suivre, ceci sans procéder à une nouvelle mise en demeure.

En date du 4 septembre 2015, l'OAI a fait parvenir à l'assurée un projet de décision dans le sens d'un refus de rente d'invalidité. Dans sa motivation, l'office a notamment exposé que l'assurée ne pouvait certes plus exercer son activité habituelle pour raison de santé, mais qu'elle conservait en revanche une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles. Quant à l'avis du médecin-conseil du Centre Orif de PP. _____ évoquant un rendement de 50% au terme d'une formation spécifique dans des activités de bureau, l'OAI a observé que ce point de vue ne pouvait pas être retenu dès lors que, selon la jurisprudence, les données médicales reposant sur une appréciation objective l'emportent en règle générale sur les constatations faites lors de stages, celles-ci étant susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs ou par le comportement de l'assuré durant le stage. Cela étant, l'office a procédé à une évaluation

théorique de la capacité de gain de l'assurée. Sur la base d'un revenu mensuel de 4'140 fr. selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de 2014 (salaire de référence pour les femmes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé [production et services]) et eu égard au temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2014 (41,7 heures) ainsi qu'à l'évolution des salaires de 2014 à 2015 (+ 0,80%), l'office a arrêté le revenu annuel sans invalidité à 52'205 fr. 73 et, après déduction d'un abattement de 10% (motivé par les limitations fonctionnelles), a fixé le revenu avec invalidité à 46'985 fr. 16. Or, la comparaison des revenus précités mettait en évidence une perte de gain de 5'220 fr. 57 équivalant à un degré d'invalidité de 10%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente AI.

Le 8 septembre 2015, l'assurée a écrit à l'OAI en soulevant divers griefs à l'encontre de sa prise en charge par l'administration. Elle a réitéré ses critiques par courrier du 21 septembre 2015, déclarant par ailleurs contester le projet de décision susdit. Toujours le 21 septembre 2015, l'intéressée a fait part de ses doléances à la juridiction cantonale, laquelle lui a indiqué le 24 septembre suivant ne pas être compétente en dehors de toute procédure de recours.

Par acte du 5 octobre 2015, l'assurée a déposé ses objections à l'encontre du projet précité. Elle a tout d'abord invoqué une violation du droit d'être entendu en lien avec la production des pièces comptables relatives aux coûts de l'instruction de ses demandes de prestations AI (en 2009 et 2013), sollicitant un délai complémentaire pour pouvoir se déterminer à réception de la totalité des pièces. Elle a en outre fait valoir que l'administration, dans ses conclusions, ignorait complètement la définition du handicap faite par l'Organisation mondiale de la santé (ci-après : OMS), de même que les tableaux publiés par cette organisation et émis par « *des grands experts mondiaux en médecine* ». Elle a ajouté que le projet de décision reposait sur une mauvaise estimation du droit à la rente et des coûts engagés, que les faits pertinents avaient été volontairement ignorés (« *Pas d'obligation pour mes médecins spécialistes de compléter des rapports/formulaires par l'AI* »), que l'appréciation des

preuves prêtait également le flanc à la critique (« *Complètement ignoré. Pas de contact. Refus d'étudier mes dossiers de l'ORP et du CSR* ») et que la comparaison des revenus était volontairement erronée. Sur ce point, elle a qualifié d'ahurissant le calcul des montants hypothétiques issus de tableaux introuvables sur internet, relevant de plus qu'elle passait de la classe de salaire 13-14 relative aux cadres supérieurs à la classe 1 concernant les activités non qualifiées, et demandant également pourquoi la dégradation intellectuelle et cognitive n'était pas prise en compte dans le calcul de sa perte de gain. Pour sa part, elle a estimé que l'office aurait dû se référer à la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité. L'assurée s'est par ailleurs prévalu du fait qu'elle percevait une rente d'invalidité de l'Etat roumain depuis 2009. Cela étant, elle a estimé que son dossier devait être analysé à la lumière des expertises médicales suisses et étrangères et qu'il y avait lieu de prendre en considération le fait que les médecins helvétiques avaient ignoré l'interaction entre ses multiples diagnostics, qui risquait de créer une situation incapacitante dans l'activité professionnelle. Elle a finalement fait valoir qu'elle n'avait plus la force de remplir les obligations inhérentes à un statut d'employée à 100% et qu'il incombait à l'OAI d'examiner sérieusement la manière dont elle pourrait mettre en œuvre son éventuelle capacité résiduelle de travail sur un marché équilibré, au vu des nombreuses limitations qui l'empêchaient de faire preuve de rentabilité. A son écriture, elle a joint divers documents retraçant en particulier ses démarches auprès de l'office.

Par décision du 10 novembre 2015, l'OAI a confirmé son projet du 4 septembre précédent. Aux termes d'une lettre d'accompagnement du même jour, l'office a réfuté les objections de l'assurée.

C. B._____ a recouru le 19 novembre 2015 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée. En substance, la recourante soutient que c'est « *à cause de [s]a nationalité d'origine et surtout [à] cause de [s]es problèmes de sant[é], [que] l'administration veut [s]on émigration en dépit de la politique de persécution et d'exclusion mise en o[e]uvre depuis tant d'années* ». Elle se

prévaut en outre d'une violation du droit d'être entendu, invoquant s'être heurtée au refus de différentes autorités de lui communiquer des pièces comptables ayant trait au montant estimatif d'une rente AI, aux montants minima versés au titre du revenu d'insertion et des prestations complémentaires, ainsi qu'aux coûts engendrés par l'instruction de ses deux demandes auprès de l'AI - pièces, selon elle indispensables, à sa défense ; l'intéressée sollicite encore l'aide de la juridiction cantonale aux fins d'obtenir ces documents et réitère sa demande visant à l'octroi d'un délai supplémentaire pour se déterminer sur la décision entreprise après production des pièces requises. La recourante conteste en outre le refus catégorique d'une aide au placement, expliquant avoir téléphoné au conseiller au placement de l'AI pour qu'on lui trouve une place de travail, suite au stage d'observation professionnelle concluant à « *une capacité résiduelle de 50%* », mais avoir reçu deux jours plus tard le projet de décision de l'intimé lui refusant tant une rente qu'un placement. Cela étant, elle allègue qu'on ne lui laisse le choix qu'entre « *[l']AI psychiatrique avec tout[es] ces lourdes implications de privation totale de tout[e] forme de liberté qui engage la mobilisation des nombreux intervenants d'encadrement sur la menace permanente d'internement correctionnel* » et « *l'aide publique avec l'humiliation conséquent et la privation de [s]es libertés fondamentales* ». La recourante requiert par ailleurs la « *dépense* » [recte : dispense] des frais de justice. Pour étayer ses dires, elle produit un CD-ROM renfermant essentiellement des pièces figurant déjà au dossier.

Appelé à se prononcer sur le recours, l'intimé en a proposé le rejet par réponse du 6 janvier 2016. Se référant aux rapports des Drs O._____, EE._____ et FF._____, il maintient d'une part qu'une exploration du registre psychiatrique s'impose. Concernant d'autre part la production des pièces comptables requises, l'OAI relève en résumé que les opérations entreprises sont par définition accomplies avec diligence, l'office ne tenant pas de comptabilité. Dans ces conditions, il indique ne pas pouvoir répondre favorablement à la réquisition de la recourante et considère qu'un tel refus ne viole aucunement le droit d'être entendu. S'agissant en outre de l'aide au placement, l'intimé souligne qu'une telle

mesure ne consiste pas à trouver des postes dans lesquels les assurés n'ont plus qu'à investir leurs fonctions, mais qu'il s'agit d'un soutien dans la recherche d'une place de travail. De surcroît, le taux d'activité avancé par l'intéressée, soit une aptitude au travail de 50%, ne correspond pas aux observations médicales au dossier, attestant une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée - taux sur lequel se fonderait un éventuel engagement de l'office.

Aux termes de sa réplique du 28 janvier 2016, la recourante réitère ses précédents motifs. Elle sollicite l'audition de trois témoins (soit les Drs O._____, EE._____ et FF._____) et fait valoir que les conclusions sur lesquelles se fonde l'OAI ont été émises par des experts - voire des institutions - généreusement payés par l'AI pour représenter ses intérêts. Elle demande en outre à ce que soient pris en compte ses dossiers auprès de l'assurance-chômage et du Centre social régional (ci-après : le CSR) contenant des « *dizaines et dizaines de démarches [...] pour trouver [s]on indépendance financière* ». Elle joint à son écriture un nouveau CD-ROM comportant notamment des documents relatifs aux démarches entreprises auprès d'autres assureurs sociaux.

Dupliquant le 15 février 2016, l'intimé maintient sa position.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (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 en matière d'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

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 procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision, laquelle détermine l'objet de la contestation (cf. ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 et 130 V 138 consid. 2.1 ; cf. également TF 9C_195/2013 du 15 novembre 2013 consid. 3.1, 8C_245/2010 du 9 février 2011 consid. 2 et 8C_627/2009 du 8 juin 2010 consid. 1.2). 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 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, est litigieux le bien-fondé de la décision de refus de rente d'invalidité rendue le 10 novembre 2015 par l'OAI, suite à la nouvelle demande de prestations déposée le 31 juillet 2013 par l'assurée.

En revanche, la décision attaquée n'ayant pas pour objet l'octroi d'une aide au placement, les griefs formulés à cet égard par la recourante sont irrecevables.

3. A ce stade, dans la mesure où la recourante a visé plusieurs services étatiques dans le cadre de la présente procédure judiciaire

diligentée à l'encontre d'une décision de l'OAI, les précisions suivantes s'imposent avant toute analyse du fond de l'affaire.

a) L'assurée invoque en premier lieu une violation de son droit d'être entendue, motif pris que l'accès à différentes pièces comptables lui aurait été refusé par diverses autorités dont l'OAI.

aa) Le droit d'être entendu, dont la garantie se trouve inscrite à l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), comprend le droit pour le justiciable de prendre connaissance du dossier, de s'exprimer sur les éléments pertinents avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique, de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à des offres de preuves pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou à tout le moins de s'exprimer sur son résultat, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (cf. ATF 135 I 187 consid. 2.2, 133 I 270 consid. 3.1, 132 V 368 consid. 3.1, et 129 II 497 consid. 2.2 avec les références citées).

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (cf. ATF 132 V 387 consid. 5.1 et 127 V 431 consid. 3d/aa). Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, la violation du droit d'être entendu est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (cf. ATF 132 V 387 consid. 5.1 et les arrêts cités). Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (cf. ATF 137 I 195 consid. 2.3.2 et 135 I 279 consid. 2.6.1).

bb) Au cas particulier, la recourante se prévaut d'une violation du droit d'être entendu en relation avec la production de documents d'ordre comptable qu'elle estime nécessaires à la défense de ses intérêts. On ne saurait toutefois la suivre dans son argumentation. D'une part, la

Cour de céans ne saurait se prononcer sur les rapports de l'assurée avec des services autres que l'autorité intimée, savoir l'OAI. D'autre part, rien dans les allégations de l'assurée ne permet de comprendre en quoi les pièces en question – concernant le montant hypothétique de sa rente AI, les montants de base susceptibles d'être alloués au titre du revenu d'insertion et des prestations complémentaires, ainsi que les coûts induits par les deux demandes de prestations AI successivement introduites en 2009 et 2013 – seraient concrètement pertinentes dans le cadre du présent litige, dont l'objet est circonscrit au point de savoir si l'intéressée satisfait ou non aux conditions matérielles ouvrant le droit à la rente d'invalidité suite à la nouvelle demande déposée le 31 juillet 2013 (cf. consid. 2b supra et 7 ss infra). C'est ici le lieu de souligner que, contrairement à ce que semble penser la recourante, le droit à une rente d'invalidité de l'AI est déterminé par des critères objectifs clairement définis par la loi. On ne saurait déroger à ces exigences légales simplement pour limiter les coûts de l'instruction ou pour des raisons d'opportunité. Au demeurant, il n'appartient pas à la Cour de céans (pas plus, du reste, qu'à l'OAI) de procéder à des calculs comparatifs entre les différents systèmes participant à l'assurance sociale suisse, tels qu'institués par le législateur. Au regard de ces éléments, on ne peut donc que nier toute violation du droit d'être entendu en lien avec l'administration de preuves essentielles pour l'issue du présent litige.

cc) Pour les mêmes motifs, la Cour de céans ne saurait faire droit à la requête de l'assurée de se voir donner accès aux documents précités. Il n'y a pas davantage lieu de lui octroyer un délai supplémentaire pour se prononcer sur le sujet.

b) Il n'en va pas autrement s'agissant de la demande de la recourante tendant à ce que ses dossiers auprès de l'assurance-chômage et du CSR soient pris en compte dans la présente procédure. Quoi qu'en dise l'assurée, il reste qu'on peine à voir en quoi les documents relatifs à sa prise en charge par l'assistance publique ou à son suivi en tant que demandeuse d'emploi pourraient être pertinents pour statuer sur son droit à une rente AI suite à la nouvelle demande déposée le 31 juillet 2013. A

tout le moins, la recourante ne fournit aucun élément sérieux laissant à penser que ces dossiers contiendraient des pièces déterminantes pour l'issue du litige. De fait, même à admettre que lesdits dossiers témoignent des « *dizaines et dizaines* » d'échecs de l'intéressée à réintégrer le marché du travail (cf. réplique du 28 janvier 2016 p. 3), il reste qu'à elles seules, de telles pièces ne sont pas pertinentes pour trancher le point de savoir si la recourante a développé, depuis la décision de refus de prestations du 17 janvier 2011, une atteinte à la santé entraînant une incapacité de travail et de gain susceptible d'ouvrir le droit à une rente d'invalidité (cf. consid. 5 et 7 infra). Il y a donc lieu, sous cet angle également, de rejeter la requête de l'assurée.

4. 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 (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 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 (cf. 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 (cf. art. 6 LPGA in fine).

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. c LAI).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre

position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 ; cf. TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1).

c) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'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 (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a et les réf. citées ; cf. TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; cf. TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

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

d) Les données médicales, qui permettent généralement une appréciation objective du cas, l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (cf. TF 9C_28/2012 du 20 juin 2012 consid. 5.2 et les références citées). En effet, le rôle d'un centre d'observation professionnelle n'est pas de se prononcer sur l'état de santé de la personne concernée et sur les répercussions d'une éventuelle atteinte à la santé sur l'aptitude au travail (cf. TF 9C_631/2007 du 4 juillet 2008 consid. 4.1). C'est aux médecins qu'il appartient de se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré, ses limitations fonctionnelles et le type d'activités encore exigibles (cf. ATF 125 V 256 consid. 4) dans la mesure où leur connaissance spécifique de la médecine leur permet de dépasser le stade de la simple observation *in situ* qui comprend trop de facteurs incontrôlables (cf. TFA I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2) pour emporter à elle seule la conviction dans une situation médicale controversée (cf. TF 9C_31/2010 du 28 septembre 2010 consid. 3 et TF 9C_34/2008 du 7 octobre 2008 consid. 3).

5. a) Selon l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. Les exigences découlant de cette réglementation doivent permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 68 consid. 5.2.3 et 117 V 200 consid. 4b avec les références ; cf. TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 2). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (cf. ATF 112 V 371 consid. 2b ; cf. TFA I 716/03 du 9 août 2004 consid. 4.1).

b) Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (cf. ATF 117 V 198 consid. 3a ; cf. TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). Par contre, lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur la nouvelle demande après un précédent refus de prestations, selon l'art. 87 al. 3 RAI, elle doit examiner 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 entrée en force 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 (cf. ATF 133 V 108 et 130 V 71 consid. 3.2). Si l'administration constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision

précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (cf. TFA I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2).

6. a) Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (cf. ATF 125 V 193 consid. 2 les références ; cf. ATF 130 I 180 consid. 3.2).

b) Conformément à son devoir de collaborer, l'assuré a l'obligation de se soumettre aux examens médicaux ou techniques qui se révèlent nécessaires à l'appréciation du cas et qui peuvent être raisonnablement exigés (cf. art. 28 al. 1 LPGA en corrélation avec l'art. 43 al. 2 LPGA). Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (cf. art. 43 al. 3 LPGA). Le cas échéant, l'assureur pourra rejeter la demande présentée par l'intéressé en considérant que les faits dont celui-ci entend tirer un droit ne sont pas démontrés (cf. ATF 117 V 261 consid. 3b et les références ; cf. TF 9C_502/2013 du 14 octobre 2013 consid. 2).

7. L'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 31 juillet 2013 et a repris l'instruction en ordonnant

notamment une expertise pluridisciplinaire au Centre LL._____. Il convient dès lors d'examiner si, entre la dernière décision de refus de prestations entrée en force - soit la décision du 17 janvier 2011 - et la décision litigieuse du 10 novembre 2015, l'état de santé de la recourante s'est modifié de façon à influencer son droit à une rente AI.

a) Pour statuer sur les prétentions de l'assurée dans le cadre de la première procédure AI, l'office s'est essentiellement fondé sur le rapport d'expertise du Dr S._____ du 1^{er} juillet 2010 qui concluait à l'absence de diagnostic incapacitant. Plus précisément, l'expert faisait état d'un syndrome métabolique dans le cadre d'une obésité morbide, mais sans limitations fonctionnelles mises en évidence. Quant au diabète, il était plus ou moins bien compensé et ne permettait pas en soi de reconnaître d'incapacité de travail. Pour le Dr S._____, le catalogue des plaintes, certes long, renvoyait à des affections bénignes pouvant certes gêner l'assurée dans sa vie quotidienne, mais sans réel impact sur sa capacité de travail. Cela étant, l'expert concluait à l'absence de limitations fonctionnelles dans une activité légère de type employée de laboratoire ou équivalent ainsi que dans une activité administrative, respectivement à une capacité de travail de 100% dans l'activité habituelle d'ingénieur en chimie ou employée de laboratoire (cf. rapport d'expertise du 1^{er} juillet 2010 pp 19 ss). C'est sur la base de cette appréciation que l'OAI a retenu, aux termes de sa décision du 17 janvier 2011, que l'assurée ne pouvait pas prétendre à des prestations d'invalidité.

Dans son arrêt du 20 décembre 2011 confirmé le 2 avril 2012 par le Tribunal fédéral, la Cour de céans, considérant que l'expertise du Dr S._____ était pleinement probante, s'est ralliée à la position de l'office et a reconnu à l'assurée une pleine capacité de travail dans son activité habituelle.

b) Pour pouvoir se prononcer sur la nouvelle demande de prestations de l'assurée, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire auprès des spécialistes du Centre LL._____, qui ont fait part de leurs conclusions sur le plan somatique et plus spécifiquement

sous l'angle de la médecine interne (Dr MM._____) et de la rhumatologie (Dr OO._____).

Dans leur rapport du 29 décembre 2014, les experts ont indiqué que l'assurée ne présentait aucune pathologie incapacitante du point de vue de la médecine interne, la capacité de travail étant à cet égard complète en temps et en rendement. Au niveau rhumatologique, les experts ont par contre retenu les diagnostics avec impact sur la capacité de travail de coxarthrose protrusive antérieure à 2010 (mais désormais avec des limitations fonctionnelles accentuées), de rigidité vertébrale sur maladie de Forestier probable récente, de dysbalance musculaire depuis 2010, de métatarsalgies, talalgie et arthrose débutante de la tibio-tarsienne depuis 2008 et d'épaule douloureuse gauche sur tendinites des sus et sous-épineux depuis 1998. Ils ont précisé que ces diagnostics n'étaient certes pas susceptibles de justifier une incapacité de travail de longue durée mais que leur association et leurs interférences créaient une situation incapacitante dans l'activité de laborantine (en chimie industrielle comme en chimie clinique), qui n'était plus exigible, à l'instar de toute activité comprenant une part significative de déambulations, de port/transports de charges et de flexions répétitives du tronc. En revanche, les experts du Centre LL._____ ont reconnu à l'assurée une pleine capacité de travail dans une activité légère en position assise sans long trajet à pieds, sans ports de charge supérieure à 3 kg, sans flexion répétitive du tronc, sans travaux en hauteur (échelles ou escabeaux), sans mouvements répétitifs du tronc, sans travail avec les membres supérieurs au-dessus du plan des épaules et sans cadence imposée (travail à la chaîne) - limitations auxquelles les experts ont encore ajouté les restrictions suivantes : mouvements minutieux (horlogerie notamment), moyens auxiliaires nécessaires (cane ou déambulateur), horaires réguliers (diabète) et éviter port de charges (hernie ombilicale et ligne blanche). Enfin, les Drs MM._____ et OO._____ ont fixé l'exigibilité à la date de leur évaluation, considérant que la situation de l'assurée s'était aggravée après l'expertise de 2010 (cf. rapport d'expertise du 29 décembre 2014 pp 23 ss).

Aucun élément au dossier ne vient contredire l'appréciation des experts du Centre LL._____.

De fait, outre que leurs constatations sont nettement moins motivées que le rapport d'expertise susdit, les médecins traitants de l'assurée n'ont rapporté aucun élément concret qui aurait échappé aux experts, lesquels ont du reste examiné en détail les pièces médicales au dossier (cf. rapport d'expertise du 29 décembre 2014 pp 3 s. [« *liste des pièces consultées* »] et 5 ss [« *données administratives* »]). Les médecins consultés par l'assurée n'ont en particulier mis en exergue aucun paramètre médical objectif allant à l'encontre de l'exigibilité retenue par les médecins du Centre LL._____. A cet égard, on relèvera notamment que le Dr E._____ a indiqué ne pas être en mesure de se prononcer sur le sujet (cf. rapport du 21 août 2013), que le Dr EE._____ a pour sa part estimé que l'examen était relativement dans les normes exception faite d'une tendinopathie du sus-épineux avec une fonction complète mais des signes conflictuels (cf. rapport du 3 juin 2013), le cas dépassant selon lui le simple volet orthopédique (cf. rapport du 23 septembre 2013), et que le Dr FF._____ a de son côté nié toute incapacité professionnelle du point de vue oncologique. Quant au Dr O._____, il a retenu, comme les experts, que la capacité de travail dans l'activité habituelle de chimiste était nulle et a pour le surplus signalé des limitations fonctionnelles essentiellement superposables à celles décrites par les Drs MM._____ et OO._____ dans l'exercice d'une activité adaptée (cf. rapport du 22 août 2013). Cela étant, les avis des médecins traitants n'infirment en rien l'appréciation des experts du Centre LL._____ - appréciation à laquelle s'est du reste rallié le SMR (cf. rapport du 28 janvier 2015 du Dr II._____).

Certes, dans leurs rapports respectifs des 1^{er} et 11 juin 2015 établis suite au stage d'observation professionnelle intervenu du 4 au 29 mai 2015 au Centre Orif de PP._____, le Dr QQ._____ et le directeur dudit centre ont indiqué que l'assurée - qui avait respecté le plein temps du centre (équivalant au 80% d'un horaire industriel) avec des rendements médiocres à moyens - pourrait atteindre au mieux un

rendement de 50% dans des activités de bureau, moyennant une formation spécifique. On ne saurait toutefois, sur la base de ces avis, conclure à une exigibilité de 50% (contrairement à ce qu'invoque la recourante [cf. mémoire de recours du 19 novembre 2015 p. 3]) au détriment de l'évaluation du Centre LL._____. D'une part, il y a lieu de rappeler qu'en cas de divergence entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré. En effet, seules les constatations médicales permettent une appréciation strictement objective du cas, le rôle d'un centre d'observation n'étant pas en premier lieu de se prononcer sur l'état de santé de la personne assurée (cf. consid. 4d supra). D'autre part, il faut souligner que tant les intervenants du Centre Orif que le Dr QQ._____ ont admis que les réserves à l'employabilité de l'assurée étaient dues à son comportement marginal et à son déconditionnement face au travail (cf. rapport du Dr QQ._____ du 1^{er} juin 2015 p. 3 et rapport du directeur du Centre Orif du 11 juin 2015 p. 5) – facteurs qui ne relèvent pas d'une atteinte somatique incapacitante. Bien plus, le Dr QQ._____ a relevé divers paramètres sans rapport avec l'état de santé physique de la recourante – soit une anxiété importante, un besoin de maîtriser tous les éléments du dossier, un comportement procédurier, des idées de persécution et un déni complet de dysfonction de personnalité – qui, selon lui, étaient constitutifs d'un ensemble symptomatique bien plus limitant que les plaintes somatiques et peu compatible avec le maintien dans une place de travail (cf. rapport du Dr QQ._____ du 1^{er} juin 2015 p. 3). En d'autres termes, il apparaît que la diminution de rendement évoquée à l'issue du stage d'observation professionnelle a notamment été attribuée au comportement de l'assurée, soit une problématique extrinsèque aux troubles physiques tels qu'identifiés par les experts du Centre LL._____. Sur le plan strictement somatique, ces éléments ne sont donc pas susceptibles d'entamer la crédibilité du rapport d'expertise du 29 décembre 2014.

Par ailleurs et surtout, le rapport précité des Drs MM._____ et OO._____ est soigneusement élaboré, repose sur un examen complet

du dossier médical, tient compte tant de l'anamnèse que des plaintes de la recourante, et ses conclusions sont claires et dûment motivées. Contrairement à ce que prétend la recourante (cf. écriture du 11 mars 2015 p. 1 et opposition du 5 octobre 2015 p. 5), les experts ont en particulier pris en considération l'interaction entre les différentes atteintes constatées pour évaluer l'incapacité de travail (cf. rapport d'expertise du 29 décembre 2014 pp 24 et 26). Le rapport d'expertise du Centre LL._____ satisfait ainsi en tous points aux exigences jurisprudentielles pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. consid. 4c supra).

C'est du reste en vain que la recourante met en doute la fiabilité du rapport d'expertise du 29 décembre 2014 au motif que les médecins intervenus seraient payés par l'AI (cf. réplique du 28 janvier 2016 p. 2). Le fait qu'un expert, médecin indépendant ou œuvrant au sein d'un centre d'expertise médicale, soit régulièrement mandaté par les organes d'une assurance sociale ou par les tribunaux ne constitue pas à lui seul un motif suffisant pour conclure à la prévention ou à la partialité de l'expert (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.3.3 et les arrêts cités). Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b ; cf. également ATF 135 V 465 consid. 4.4). Or, rien dans l'argumentation de la recourante ne tend à en faire la démonstration dans le cas particulier.

De même, l'assurée ne démontre aucunement en quoi l'évaluation des experts irait concrètement à l'encontre des standards de l'OMS (cf. opposition du 5 octobre 2015 p.4), qui n'ont du reste pas force de loi.

Cela étant, il convient donc de retenir avec l'OAI que si, sous l'angle somatique, l'assurée n'est certes plus en mesure d'exercer son activité habituelle dans le domaine de la chimie, elle conserve en revanche une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles physiques.

c) C'est ici le lieu de rappeler qu'à l'origine, le mandat d'expertise confié par l'OAI au Centre LL._____ comportait également un volet psychiatrique, au regard des éléments de ce registre évoqués par différentes pièces au dossier. Notamment, le 20 février 2013, le Dr R._____ avait signalé des angoisses. Le Dr O._____ avait pour sa part fait mention de troubles psychiatriques de nature indéterminée, d'une tendance paranoïaque, de la nécessité d'une évaluation psychiatrique à laquelle la patiente se refusait et de l'incapacité de cette dernière à travailler avec des collègues (cf. rapport du 22 août 2013). Le Dr EE._____ avait quant à lui relevé que le cas de l'assurée dépassait la sphère orthopédique (cf. rapport du 23 septembre 2013), tandis que le FF._____ avait de son côté mis en exergue une sensation d'injustice éprouvée par la patiente face à sa situation (cf. rapport du 2 octobre 2013). De tels éléments ne pouvaient qu'inciter le SMR à requérir la mise en œuvre d'une expertise comportant un volet psychiatrique (cf. avis SMR des Drs GG._____ et HH._____ du 21 novembre 2013).

Aucune investigation n'a toutefois pu être menée sur ce plan, l'assurée ayant catégoriquement refusé de s'y soumettre. A cet égard, on relèvera en particulier qu'ayant fait part de son rejet de tout examen psychiatrique suite à la convocation du Centre LL._____ du 26 mai 2014, l'assurée a été expressément avertie par l'OAI, par décision incidente du 12 juin 2014, des conséquences d'un refus de collaborer. Elle a malgré tout persisté dans son opposition à une évaluation psychiatrique (cf. courrier à l'OAI du 24 juin 2014 p. 1 et mémoire de recours au Tribunal fédéral du 19 septembre 2014 pp 5 et 9) et a demandé à ce qu'il soit statué en l'état du dossier (cf. courriers à l'OAI des 24 juin 2014 [p. 1] et 26 août 2014 ; cf. mémoire de recours précité du 19 septembre 2014 p. 9), se plaignant d'un déni de justice devant la Cour de céans le 16 août 2014 comme ultérieurement devant le Tribunal fédéral (cf. mémoire de recours précité du 19 septembre 2014 p. 9). Nonobstant un nouvel avertissement de l'OAI le 26 août 2014 et une nouvelle convocation du Centre LL._____ le 1^{er} septembre 2014 pour un examen psychiatrique le 29 octobre 2014, la recourante n'a toujours pas obtempéré. Aussi,

l'intéressée ayant été clairement avertie des conséquences juridiques de son attitude et n'ayant pas modifié son comportement bien qu'ayant *de facto* bénéficié d'un délai de réflexion entre la convocation du 1^{er} septembre 2014 (voire même l'avis du 26 août 2014) et la date d'examen fixée au 29 octobre 2014, il y a lieu de considérer que, d'un point de vue formel, l'intimé était légitimé à prendre acte de ce refus et à statuer en l'état du dossier. Peu importe sous cet angle que, le 13 juillet 2015, les Drs II._____ et RR._____ aient à nouveau insisté sur la nécessité de disposer « *actuellement* » d'un examen psychiatrique, puisque cette situation n'avait rien de nouveau mais avait au contraire déjà été soulignée par le SMR depuis le 21 novembre 2013 (cf. avis des Drs GG._____ et HH._____). Aucun changement n'est du reste intervenu dans le positionnement de l'assurée, qui a argué dans son opposition qu'il incombait à l'OAI d'examiner sa capacité résiduelle de travail « *sans établir des expertises de complaisance indiquant que l'invalidité est due à des troubles psychiques* » (cf. opposition du 5 octobre 2015 p. 5).

Pour le reste, rien dans les allégations de la recourante ne permet de considérer son refus de collaborer comme excusable. En effet, dans ses différentes écritures à l'intimé, l'assurée s'est limitée à faire valoir qu'une expertise psychiatrique n'était pas envisageable, qu'elle n'avait jamais eu de suivi à ce niveau et qu'elle n'avait pas sollicité l'AI pour des motifs psychiatriques. Au stade de la présente procédure de recours, l'intéressée a en outre contesté « *[l]'AI psychiatrique avec tout[es] ces lourdes implications de privation totale de tout[e] forme de liberté qui engage la mobilisation des nombreux intervenants d'encadrement sur la menace permanente d'internement correctionnel* » (cf. mémoire de recours du 19 novembre 2015 p. 4). Cela étant, force est de constater que la recourante – à laquelle il n'appartient aucunement de décider des mesures d'instruction nécessaires, cette compétence incombant à l'assureur (cf. art. 43 al. 1 LPGA) – n'invoque aucun fait justificatif susceptible d'être pris en considération, sa propre conception de l'« *AI psychiatrique* » n'étant sur ce point pas pertinente.

Dans ces conditions, on ne saurait reprocher à l'OAI d'avoir statuer en l'état du dossier, sans expertise psychiatrique.

d) Il suit de là que c'est à juste titre que l'intimé a considéré, en l'état du dossier, que la recourante ne pouvait certes plus travailler dans son ancienne activité mais qu'elle disposait en revanche d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques.

En ce sens, la situation a bel et bien évolué depuis le précédent refus de prestations du 17 janvier 2011, lors duquel il avait été retenu que la capacité de travail de l'assurée était entière dans son activité habituelle.

e) Au regard de ce qui précède, il n'y a donc pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction complémentaires requises par la recourante dans sa réplique du 28 janvier 2016 (à savoir l'audition de trois médecins). En effet, de telles mesures d'instruction ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves; cf. ATF 122 II 464 consid. 4a, TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2, TF 9C_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

8. Reste à se prononcer sur l'aspect économique, singulièrement sur le calcul des revenus pris en compte par l'intimé pour fixer le taux d'invalidité - calcul qualifié d'ahurissant par la recourante (cf. opposition du 5 octobre 2015 p. 4).

a) Selon l'art. 16 LPGa, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

La notion théorique et abstraite de "marché du travail équilibré" est inhérente au système de l'AI et trouve son fondement à l'art. 16 LPGA. Cela signifie qu'il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail - ce qui revient à l'assurance-chômage -, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (cf. TF 8C_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 4.2).

b) Conformément à l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation des assurés qui, sans atteinte à la santé, exerceraient une activité lucrative à temps complet. Dans ce contexte, la comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus sans et avec invalidité et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; cf. TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.2.1 ; cf. TF 9C_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2).

Il s'agit là de la méthode générale de comparaison des revenus, qui connaît deux sous-variantes : la méthode de comparaison en pour-cent (cf. ATF 114 V 310 consid. 3a et les références) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (cf. ATF 128 V 29 ; cf. également TF 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3 et 4, in SVR 2010 IV n° 11 p. 35).

Sur ce dernier point, contrairement à ce qu'a fait valoir la recourante (cf. opposition du 5 octobre 2015 p. 5), il ne saurait être question de lui appliquer la méthode extraordinaire de comparaison des revenus, soit avec une comparaison des champs d'activités. En effet, il y a lieu de distinguer le cas dans lequel les revenus ne peuvent être déterminés de manière fiable, justifiant l'application de la méthode

extraordinaire de comparaison des revenus, du cas dans lequel aucun revenu n'est réalisé par suite d'inactivité professionnelle.

c) Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide, en fonction de ses connaissances professionnelles et des circonstances personnelles. Dans ce sens, le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'ESS éditée par l'Office fédéral de la statistique (cf. TF 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 4.4.2 et TFA I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3, avec les références citées).

Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut être évalué notamment sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; cf. TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3 et 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 8.2.2). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (cf. ATF 124 V 323 consid. 3b/bb ; cf. TF 9C_93/2008 du 19 janvier 2009 consid. 6.3.3 et TF I 7/06 du 12 janvier 2007 consid. 5.2 ; cf. VSI 1999 p. 182). Le montant ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation); une déduction globale

maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 134 V 322 consid. 5.2 et 126 V 75, consid. 5b/aa-cc). Le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Ainsi, la juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé, mais limité à 25% serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (cf. ATF 137 V 71 consid. 5.2).

d) En l'espèce, l'année de comparaison des revenus est 2015, année de l'ouverture du droit éventuel à la rente (cf. ATF 128 V 174 consid. 4a), soit un an après l'expertise pratiquée en 2014 par le Centre LL._____ (date retenue par les Drs MM._____ et OO._____ [cf. rapport d'expertise du 29 décembre 2014 p. 27] comme début de l'incapacité de travail durable [cf. art. 28 al. 1 let. b LAI]).

Pour établir le salaire sans invalidité, l'OAI s'est à juste titre basé sur les données résultant de l'ESS compte tenu de la situation particulière de la recourante qui n'a plus travaillé depuis 2003. Au regard de cette longue période d'inactivité, largement antérieure au début de l'incapacité de travail durable en 2014, on ne peut donc pas considérer que l'assurée, sans atteinte à la santé, aurait exercé une activité de cadre (cf. opposition du 5 octobre 2015 p. 4) – et ce nonobstant les diplômes universitaires ou le parcours professionnel antérieurs. Partant, l'office était fondé à retenir les données statistiques relatives aux femmes effectuant

des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé. Cela dit, il appert que les chiffres retenus par l'OAI comportent certaines erreurs. Ainsi, selon l'ESS 2014 (TA1_tirage_skill_level), le salaire mensuel - part au treizième salaire comprise - d'une femme pour des tâches physiques ou manuelles simples (niveau de compétence 1) s'élève à 4'300 fr. et non 4'140 fr. tel que retenu par l'office dans sa décision. En tenant compte de la moyenne usuelle de travail de 41,7 heures dans les entreprises en 2014 (cf. tableau « *Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique* » disponible sur le site internet de l'Office fédéral de la statistique [OFS], www.bfs.admin.ch), le revenu mensuel atteint 4'482 fr. 75 ($4'300 \times 41,7 : 40$), soit un montant de 53'793 fr. par an. Celui-ci doit encore être adapté à l'évolution des salaires nominaux de 2014 à 2015 (+ 0,4% [cf. tableau « *Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 1990-2015* » disponible sur le site internet de l'OFS, www.bfs.admin.ch] et non + 0,8% tel que mentionné dans la décision attaquée), ce qui conduit à un revenu annuel sans invalidité de 54'008 fr. 17.

Pour déterminer le revenu d'invalidé, il y a lieu d'opérer sur le montant de 54'008 fr. 17 susmentionné un abattement de 10%, tel que retenu par l'intimé. Cette déduction ne semble en effet pas critiquable au vu des circonstances de l'espèce, eu égard singulièrement aux limitations fonctionnelles présentées par la recourante. Par conséquent, le revenu d'invalidé s'élève à 48'607 fr. 35.

De la comparaison des revenus sans et avec invalidité qui précèdent, il ressort une perte de gain 5'400 fr. 82 correspondant à un taux d'invalidité de 10% ($[54'008 \text{ fr. } 17 - 48'607 \text{ fr. } 35] / 54'008 \text{ fr. } 17 \times 100$), lequel rejoint le taux fixé par l'OAI dans la décision entreprise.

Un taux d'invalidité de 10% étant insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité, c'est dès lors à juste titre que l'office intimé a refusé d'octroyer cette prestation à la recourante.

9. Au demeurant, c'est en vain que la recourante s'est prévaluée de la rente d'invalidité octroyée par les autorités roumaines (cf. opposition du 5 octobre 2015 p. 5). En effet, l'évaluation de l'invalidité à l'origine de la rente étrangère ne lie pas les organes chargés de fixer le taux d'invalidité selon le droit suisse (cf. ATF 130 V 257 consid. 2.4).

10. Finalement, on ne saurait se prononcer sur les allégations de la recourante selon lesquelles c'est « à cause de [s]a nationalité d'origine et surtout [à] cause de [s]es problèmes de sant[é], l'administration veut [s]on émigration en dépit de la politique de persécution et d'exclusion mise en o[e]uvre depuis tant d'années » (cf. mémoire de recours du 19 novembre 2015 p. 1). De telles affirmations, qui ne reposent sur aucune argumentation concrète, ne sauraient en effet être considérées comme suffisantes pour examiner une éventuelle violation des droits de la recourante, notamment sous l'angle de l'interdiction des discriminations.

De même, la recourante demande à avoir accès à un « *jugement compétent, indépendant, et impartial* » (cf. ibid. p. 3) sans invoquer de réels motifs juridiques susceptibles d'être examinés par la Cour de céans.

11. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté dans la mesure où il est recevable et la décision attaquée confirmée.

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

L'arrêt doit être rendu sans frais.

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

- I. Le recours est rejeté, dans la mesure où il est recevable.
- II. La décision rendue le 10 novembre 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. L'arrêt est rendu sans frais ni dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- B. _____,
- 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 :