

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 juillet 2019

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Di Ferro Demierre, juge et M. Peter, assesseur
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

N._____, à U._____, recourante, représentée par Me Jeton Kryeziu,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 16 et 17 LPGA ; 28 et 29 LAI

E n f a i t :

A. N. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1964 et d'origine croate, est en Suisse depuis 1986. Elle a deux enfants nés en 1983 et 1987 et n'a pas de formation professionnelle.

Elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 30 septembre 1991. Elle indiquait être ménagère et souffrir d'une dysplasie congénitale de la hanche droite.

Par décision du 22 septembre 1992, une rente AI entière extraordinaire, soumise à limite de revenu, fondée sur un taux d'invalidité de 70% a été octroyée à l'assurée. Elle souffrait alors d'une coxarthrose secondaire débutante de la hanche droite. A la suite de la modification législative entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1997, les rentes extraordinaires soumises à limite de revenu ont été remplacées par des prestations complémentaires. Le 20 février 2003, la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS a supprimé la prestation complémentaire de l'assurée avec effet au 28 février 2003 dès lors que l'intéressée présentait désormais un taux d'invalidité de 25%. Il était précisé que l'assurée aurait exercé une activité professionnelle à 100% si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé.

B. a) Le 9 janvier 2014, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations en raison de blocage de l'articulation sacro-iliaque droite, prothèse des deux hanches, épaule cassée et cancer de la matrice. Au bénéfice d'un permis d'établissement C, elle était ménagère et n'avait jamais exercé d'activité professionnelle, mais déclarait que son taux d'activité aurait été de 100% si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé. Sa demande était notamment appuyée par le Dr L. _____, anesthésiste spécialiste en antalgie à l'Hôpital E. _____ de K. _____, qui indiquait que l'assurée se plaignait depuis août 2012 de douleurs

lombosacrées droites mécaniques dans le cadre d'une dysfonction de l'articulation sacro-iliaque du même côté.

b) Dans le cadre de l'instruction, une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique a été mise en œuvre.

aa) L'expertise rhumatologique a été confiée au Dr H. _____, spécialiste en rhumatologie, qui a établi son rapport le 27 mars 2015. Après avoir examiné les divers avis médicaux et imageries au dossier, l'expert a effectué une anamnèse circonstanciée de l'assurée. Les plaintes subjectives de cette dernière ont été prises en considération et des constatations objectives ont été relevées. Après une analyse détaillée, le Dr H. _____ a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de syndrome lombovertébral récurrent chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire sans signe de discopathie (discopathie L5-S1 modeste, status post fracture capitale multi-fragmentée en 2009 et status post thermo-coagulation L5 gauche et sacro-iliaque gauche en novembre et décembre 2013) et de gonalgies gauches (minime arthrose tri-compartimentale et chondrocalcinose bilatérale, kyste de Baker bilatéral). Il a retenu les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de status post arthroplastie totale de la hanche droite en 1999 et gauche en 2007 pour dysplasie de hanches et coxarthrose consécutive (absence de signe de descellement), syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent fibromyalgique (diminution du seuil de tolérance à la douleur), obésité morbide, cervico-brachialgies chroniques sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire sans signe de discopathie, omalgies bilatérales sans signe de conflit ou de tendinopathie (status post fracture de l'épaule gauche en 2009 actuellement consolidée), status post hystérectomie, annexectomie et curiethérapie pour adénopathie CA en 2002, status post cure de tunnel carpien droite en 2005 et hypertension artérielle sous traitement depuis 2007.

Son appréciation est notamment la suivante :

« **Du point de vue médical**, elle est connue pour les antécédents décrits au point 4.2, elle a bénéficié d'une arthroplastie de la hanche D en 1999 et en 2007 en raison d'une coxarthrose consécutive à une dysplasie de hanches connue depuis l'enfance. Elle signale depuis 2012, sans facteur traumatique déclenchant, l'apparition de

douleurs lombaires basses pour lesquelles elle a bénéficié d'une thermo-coagulation en 2013 et d'une prise en charge en rééducation à [...] en juillet 2014. Actuellement, elle se plaint de rachialgies diffuses tant au niveau cervical que lombaire ainsi que de douleurs poly- et péri-articulaires, fluctuantes et migrantes, s'étendant en tache d'huile.

A l'examen de ce jour, on note la présence d'un syndrome cervico-brachial et lombo-vertébral, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire. L'examen des différents groupes articulaires est rassurant, il n'y a pas de signe de synovite ou de ténosynovite, les amplitudes articulaires sont toutes conservées. Au niveau des épaules il n'y a pas de signe de conflit ou de tendinopathie, la mobilité de l'épaule G étant conservée. L'examen des genoux ne met pas en évidence de signe méniscal ou tendineux.

L'examen frappe cependant par la présence de douleurs péri-articulaires probablement imputables à un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent avec nette diminution du seuil de déclenchement à la douleur.

Du point de vue para-clinique, le bilan radiologique effectué jusqu'à ce jour est rassurant, au niveau cervical, les trous de conjugaison sont perméables. Les murs antérieurs et postérieurs sont alignés. Au niveau lombaire, on note une scoliose sinistro-convexe lombaire basse, une minime discopathie L5-S1, au niveau des genoux, on note de minimes troubles dégénératifs des compartiments externes, une ostéophytose des compartiments internes, externes et fémoro-patellaires modeste associée à des calcifications parlant en faveur d'une chondrocalcinose. L'ultrasonographie des genoux confirme la présence d'une collection liquidienne au sein du récessus patellaire à D ainsi qu'un kyste de Baker bilatéral. Le bilan radiographique permet d'exclure tout descellement prothétique au niveau des hanches. L'ultrasonographie des épaules est dans les normes, il n'y a pas de signe de tendinopathie, de rupture, même partielle, la mobilité étant par ailleurs conservée.

Du point de vue thérapeutique, l'assurée devrait continuer à bénéficier d'une prise en charge physiothérapeutique à sec et en piscine avec application de jets massages et ce, surtout dans le but d'éviter un déconditionnement musculaire. Une infiltration du genou D, voire une ponction des kystes de Baker pourraient être proposées. Il n'y a, à mon avis, pas d'indication à procéder à une infiltration lombaire voire une thermo-coagulation, vu que celles-ci n'ont pas été couronnées d'un succès de longue durée. L'utilisation d'une ceinture lombaire, à utiliser surtout lors des ports de charge en porte-à-faux et lors des longs déplacements pourrait être bénéfique. La poursuite d'une médication antalgique est de mise. L'adjonction d'une médication myorelaxante voire d'une médication tricyclique pourrait permettre le rehaussement à la douleur.

Concernant son exigibilité, dans les activités ménagères, sa capacité de travail peut être estimée à 80% vu le résultat favorable du status post opératoire des hanches. Les gonalgies, à insérer dans le contexte d'une arthrose tri-compartmentale modeste, probablement à mettre en relation avec la surcharge pondérale connue de longue date, ainsi qu'un vécu douloureux chronique constituent des facteurs limitants.

Cette appréciation s'apparente à celle du Dr M. _____, qui estime la capacité de travail dans une activité adaptée exigible, cependant celle-ci était antérieure à la PTH G de 2007.

A notre avis, il n'y a pas d'amyotrophie, il n'y a pas de trouble sensitivo-moteur, la patiente se meut, s'habille et se déshabille de manière fluide, elle est capable de rester assise sans opter de position antalgique et ce, durant tout l'entretien et de descendre deux étages d'escaliers sans allégation douloureuse.

On note certes, une discopathie L5-S1 et une gonarthrose tri-compartimentale bilatérale à insérer dans un contexte de chondrocalcinose mais qui reste cependant modeste et qui n'explique pas l'ampleur de la symptomatologie douloureuse. L'ensemble de la symptomatologie s'inscrit cependant dans un contexte d'une diminution du seuil de déclenchement à la douleur. Dès lors, on note une certaine discordance entre les plaintes de l'assurée, l'impotence fonctionnelle qu'elle décrit dans ses activités de la vie quotidienne et professionnelle dans les examens cliniques et para-cliniques effectués jusqu'à ce jour.

Du point de vue bi-disciplinaire : après discussion avec le Dr R._____, en tenant compte de l'aspect rhumatologique et psychiatrique, sa capacité de travail dans son activité de mère au foyer est de 80% et dans une activité adaptée est estimée à 100%. »

L'expert rhumatologue a considéré que l'assurée présentait une limitation concernant les ports de charge en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5 à 10 kg et de manière répétitive ainsi que les mouvements de genuflexion de manière répétitive. Il a estimé sa capacité de travail à 80%, sans diminution de rendement, dans son activité actuelle de ménagère, étant précisé que l'activité ménagère était difficilement évaluable dès lors que l'environnement familial était mobilisé probablement pour des raisons socio-culturelles, et la capacité de travail était de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il a noté que l'incapacité de travail datait de 2007 à la suite de la pose de la deuxième prothèse totale de hanche.

bb) L'expertise psychiatrique a été confiée au Dr R._____, spécialiste en psychiatrie, qui a établi son rapport le 4 juin 2015. Après avoir dressé une anamnèse complète de l'assurée et entendu ses plaintes, le Dr R._____ a effectué quelques tests et constatations objectives, dont la concordance des résultats lui a permis d'exclure l'existence d'une atteinte psychopathologique majeure sur l'axe I. Il a finalement retenu le diagnostic, sans répercussion sur la capacité de travail, d'éventuel trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale (axe I), après avoir procédé à une analyse circonstanciée de l'état de santé de l'intéressée. En examinant l'existence d'une capacité de travail compte tenu du trouble douloureux

somatoforme, il a noté qu'il n'existait pas de comorbidité psychiatrique incapacitante ni de trouble majeur de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale et que l'assurée disposait d'un environnement personnel, familial et social tout à fait favorable ; il a ajouté qu'objectivement l'assurée ne paraissait pas limitée dans son fonctionnement quotidien en dehors de celles consécutives à ses problèmes somatiques objectifs. Il a conclu que, sur le plan psychiatrique, il n'y avait pas de diminution de capacité de travail, celle-ci ayant toujours été entière sans diminution de rendement.

c) Le 16 février 2016, le Dr V._____, spécialiste en médecine interne du SMR, a réexaminé le cas de l'assurée à l'aune des critères jurisprudentiels en présence de trouble somatoforme douloureux. Après une appréciation essentiellement fondée sur les éléments du rapport d'expertise, le Dr V._____ a conclu que la capacité de travail de l'assurée était entière sur le plan psychiatrique. Sur le plan rhumatologique, il a adhéré aux conclusions de l'expert en ce sens que la capacité de travail est de 80% dans l'activité de ménagère et de 100% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles indiquées par le Dr H._____.

Le 13 décembre 2017, l'OAI a rendu un projet de décision d'acceptation de rente (limitée dans le temps), auquel l'assurée s'est opposée en raison de son incapacité de travail qu'elle estime être totale.

L'assurée s'est prévalu d'un rapport médical daté du 22 mars 2018 et établi par le Dr Y._____, spécialiste en rhumatologie de l'Hôpital E._____, qui a posé en substance les diagnostics de syndrome paravertébral chronique, une gonarthrose bilatérale symptomatique soulignée à droite, syndrome du tunnel carpien, épisode dépressif récurrent, ainsi que d'autres diagnostics secondaires. Il a relevé que l'assurée se plaignait de douleurs multiples depuis plusieurs années qui la limitaient dans ses activités quotidiennes et s'est montré sceptique sur la capacité de travail d'une patiente très limitée dans la vie quotidienne et à laquelle une aide à la marche a été attribuée. Une évaluation précise de la

capacité de travail par le physiothérapeute serait nécessaire. Le Dr Y._____ a observé que les douleurs survenaient après une position prolongée assise, debout ou couchée. Il a évalué la douleur à 8 sur 10 sur l'échelle visuelle analogique. Il a ajouté que la prise de médicaments permettait un certain contrôle de la douleur. Il a préconisé une infiltration de corticostéroïdes pour la gonarthrose symptomatique, une physiothérapie en piscine, une assistance sur le plan ergothérapeutique, analgésie sur demande et un contrôle régulier des facteurs de risque cardiovasculaire, étant précisé qu'un contrôle du suivi n'était pas prévu dans sa clinique.

Le 17 juillet 2018, la Dre D._____, du SMR, a constaté que le rapport médical du Dr Y._____ retenait les mêmes problèmes ostéo-articulaires que le Dr H._____, qu'il n'apportait pas d'élément nouveau et ne se prononçait pas sur la capacité de travail de l'assurée.

d) Par décision du 10 janvier 2019, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière du 1^{er} juillet au 31 octobre 2014. Il a considéré que l'assurée présentait une diminution de la capacité de travail depuis le 7 février 2007 (implantation d'une prothèse à la hanche gauche), que le droit potentiel à la rente était ouvert dès le 1^{er} février 2008 et que la rente ne pouvait être allouée qu'à partir du 1^{er} juillet 2014, compte tenu de la tardiveté de la demande. Il a retenu que, dès le 16 juillet 2014, l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (éviter les ports de charge en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5-10 kg et de manière répétitive, ainsi que les mouvements de genuflexion de manière répétitive). Il a noté qu'une activité dans une industrie légère (production, conditionnement, contrôle qualité) était exigible. Il a renoncé à se référer aux données statistiques ESS pour fixer les revenus avec et sans invalidité, dès lors qu'ils étaient basés sur la même table statistique, de sorte que le degré d'invalidité se confondait avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction qu'il a chiffrée à 10% compte tenu des limitations fonctionnelles.

C. Par acte du 13 février 2019, N._____, sous la plume de son conseil, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2014 et à ce que, dès et y compris le 1^{er} juillet 2014, les prestations d'assurance-invalidité, notamment l'octroi d'une rente entière, plus intérêt à 5% l'an dès le 1^{er} juillet 2014 sont reconnues et versées à la recourante. Subsidiairement, elle a conclu à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'autorité inférieure pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

Dans sa réponse du 2 avril 2019, l'OAI a conclu à la réforme de la décision dans le sens de l'absence de droit à une rente d'invalidité, dès lors que la recourante avait une capacité de travail de 66 1/3 à 75% en 2002 et que la pose de la prothèse de la hanche gauche en 2007 a amélioré la capacité de travail de la recourante qui pouvait exercer une activité à 100% selon le Dr H._____.

Le 29 avril 2019, la recourante a déposé une réplique maintenant ses conclusions et concluant au rejet de celles de l'OAI, indiquant en particulier que la conclusion en réforme de l'intimé devait être rejetée au motif que cette administration n'avait pas recouru contre sa propre décision.

Le 16 mai 2019, l'intimé a proposé « une nouvelle fois » le rejet du recours.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation

expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité au-delà du 31 octobre 2014.

3. a) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5.2 et 125 V 368 consid. 2 et la référence citée ; TF 9C_399/2015 du 11 février 2016 consid. 2 ; TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 3). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au

sens de cette disposition (ATF 130 V 71 consid. 3 ; TF 9C_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1) qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1).

b) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 *in fine* et les références citées).

c) En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assurée de janvier 2014 et a procédé à l'instruction du cas. Il convient dès lors d'examiner si, entre la dernière décision de suppression de rente – soit la décision du 20 février 2003 – et la décision litigieuse du 10 janvier 2019, l'état de santé de la recourante s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

4. a) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Selon la jurisprudence, le délai d'attente d'une année commence à courir au moment où l'on constate une diminution sensible de la capacité de travail, un taux d'incapacité de 20 % étant déjà considéré comme pertinent en ce sens (TF 9C_162/2011 du 11 novembre 2011 consid. 2.3 et la référence citée).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 et les références citées).

c) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

5. a) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la

présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

b) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences

fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque

cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

6. a) En l'espèce, on constate que la recourante présente des troubles sur plusieurs plans.

aa) Sur le plan rhumatologique, la recourante souffre principalement de syndrome lombovertébral récurrent sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire sans signe de discopathie, induisant des limitations dans le port de charges en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5 à 10 kg et de manière répétitive ainsi que des mouvements de genuflexion de manière répétitive. L'expert a ajouté qu'il notait l'existence d'une discopathie L5-S1 et une gonarthrose tri-compartimentale bilatérale mais qui restait modeste et qui n'expliquait pas l'ampleur de la symptomatologie douloureuse. Les lombalgies et gonalgies, vu leur importance minime, étaient à intégrer dans le contexte du syndrome polyinsertionnel douloureux.

L'expert rhumatologue a notamment constaté que la recourante était capable, de manière autonome, d'aller aux toilettes, d'effectuer ses soins corporels, d'enfiler des bas, de faire le ménage léger, de s'habiller, de prendre le bus seule, d'être passagère d'un véhicule pendant une heure, de prendre la poussière, de marcher pendant 30 minutes à plat, de cuisiner et de porter des charges de moins de 5 kg. Elle a en revanche besoin de l'aide de son fils pour sortir de la baignoire, lacer ses chaussures et pour enfiler des chaussettes. Elle n'est pas capable de faire les commissions légères, de nettoyer les vitres, d'effectuer les commissions lourdes, de passer l'aspirateur (effectué par sa sœur ou son mari ou sa fille). L'expert a en outre relevé que la recourante était légèrement démonstrative et qu'elle arrivait à s'asseoir pendant les deux

heures et demie de l'entretien sans opter de position antalgique. Il a observé qu'elle marchait sans boiterie, sans précaution, que la marche sur les talons et la pointe de pieds était sans particularité, que le sautiller unipodal et bipodal était possible, mais difficile et que l'accroupissement et le relèvement s'effectuaient jusqu'à 90° sans être douloureux. L'expert a ajouté que lorsqu'il était allé chercher la recourante en salle d'examen, l'intéressée s'était levée d'un bloc, sans signaler de douleur, avait suivi l'expert dans le cabinet sans boiterie en portant une canne à droite sans l'utiliser, s'était dévêtue et vêtue de manière fluide, s'était couchée et relevée de manière fluide en exprimant la douleur de manière modérée et qu'elle était descendue les deux étages d'escaliers sans allégation douloureuse et en s'aidant de la rampe. L'expert a constaté que la recourante avait bénéficié d'une arthroplastie de la hanche droite en 1999 puis de la hanche gauche en 2007 qui avait permis d'améliorer sa situation et a considéré que, vu le résultat favorable post opératoire des hanches, sa capacité de travail pouvait être estimée à 80% dans les activités ménagères et à 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

En outre, les diagnostics et les limitations fonctionnelles sur le plan rhumatologique sont motivés et fondés sur une bonne connaissance du dossier et des examens complets, tenant compte des plaintes de la recourante. Le Dr Y._____, dans son rapport du 22 mars 2018, ne s'écarte pas des diagnostics posés par le Dr H._____ et n'apporte pas d'élément permettant de mettre en doute les limitations fonctionnelles retenues par l'intimé sur la base du rapport d'expertise. Il y a ainsi lieu de les confirmer.

bb) Sur le plan psychiatrique, le Dr R._____ a posé le diagnostic d'un éventuel trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale. Il a relevé qu'au vu des éléments anamnestiques, rien ne laissait supposer que la recourante avait souffert de troubles psychiques. Il a examiné les résultats des tests psychométriques et a considéré qu'ils ne plaidaient pas pour une symptomatologie dépressive significative, ni en faveur d'une

symptomatologie anxieuse marquée, ce qui était confirmé par l'examen clinique. L'examen neuropsychologique était dans les normes et il n'y avait pas d'argument en faveur d'un trouble de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale. L'expert a examiné les différents tableaux cliniques des troubles somatoformes avant de poser ce diagnostic précis. Le Dr L. _____ et le Dr H. _____ avaient déjà émis cette hypothèse et le Dr V. _____ a suivi ces conclusions, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter.

L'expert a considéré que ce trouble n'avait pas d'incidence sur la capacité de travail. Il a observé que la recourante se déplaçait relativement lentement mais sans grande difficulté, en utilisant une canne dans la main gauche ; la recourante n'était pas quérulente, ni revendicatrice. Il a relevé que l'assurée était souvent secondée par sa sœur, son époux ou ses enfants pour les tâches ménagères en raison de ses douleurs au dos et ses difficultés à maintenir certaines positions. Il a relevé qu'il n'existait pas de comorbidité psychiatrique incapacitante et que la recourante disposait d'un environnement personnel, familial et social tout à fait favorable. Le Dr R. _____ n'a ainsi pas suivi la grille d'évaluation normative et structurée selon la jurisprudence pour évaluer la surmontabilité et, ainsi, la capacité de travail de la recourante.

A l'instar du Dr V. _____, il y a lieu de constater que l'expertise permet cependant une appréciation de l'état de santé de la recourante à la lumière des indicateurs déterminants.

aaa) En ce qui concerne le volet du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, le Dr V. _____ a examiné les éléments pertinents qui ont conduit le Dr R. _____ à poser le diagnostic d'éventuel trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale :

« Tout d'abord il convient de préciser que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux (« TSD » pour la suite du texte) est qualifié d'« éventuel », ce qui ne permet pas de le considérer avec un degré de certitude affirmé. Néanmoins, l'expert a posé son diagnostic en se référant à la CIM10 et au DSM-IV et a opté pour ce diagnostic en définitive puisqu'il lui applique les critères de

Foerster. Nous passons donc sur le qualificatif employé pour décider de réexaminer le cas, nous réservant d'y apporter quelques commentaires.

De plus, nous ne trouvons pas dans ce dossier de majoration des plaintes ni de critères pouvant témoigner d'une exagération (observation de l'assurée page 9: en s'habillant, « *elle exprime la douleur de manière modérée* »), elle suit un traitement antalgique, témoignant de la présence des douleurs, les douleurs décrites (indications subjectives de l'assurée page 6) peuvent être en partie seulement rapportées à des douleurs mécaniques, météo-dépendante, comme il en est attendu dans les troubles dégénératifs.

Ainsi, nous détaillons les indicateurs :

A. Catégories degré de gravité fonctionnel :

a. Complexe atteinte à la santé :

i. expression des éléments pertinents pour le diagnostic : si les plaintes sont bien corrélées à ce qu'on attend dans une atteinte dégénérative étant augmentées par le mouvement et météo-dépendantes, elles ont également un caractère vague, ne respectant pas les dermatomes et sont associées au stress et aux angoisses. L'importance est de les apprécier en termes de limitation fonctionnelle. Le fait de se lever d'un bloc, sans s'appuyer, nous dit que la gonarthrose bilatérale, quoique tricompartimentale, a bien peu de répercussion fonctionnelle, et que la corrélation avec l'imagerie radiologique qui la décrit comme minime est réelle. La canne apparaît classiquement comme le témoin d'une souffrance et dans le parcours jusqu'à la salle d'examen est portée sans l'utiliser. Le fait pour un lombalgique de rester 2,5 heures sans devoir se lever pour trouver une nouvelle position antalgique témoigne de l'absence de douleur durant l'examen. On pourrait trouver là de quoi justifier l'hésitation de l'expert psychiatre à affirmer son diagnostic en employant le qualificatif d'« éventuel TSD ». Les douleurs polyarticulaires sont bien présentes à l'examen, et résonnent bien avec le caractère vague signalé supra. Cependant l'expert rhumatologue est frappé par la « *discordance entre les plaintes de l'assurée, l'impotence fonctionnelle qu'elle décrit dans ses activités de la vie quotidienne et professionnelles dans les examens cliniques et paracliniques effectués jusqu'à ce jour* ». Il est d'autant plus difficile de se faire une idée de ce qui se passe dans les activités ménagères dans la mesure où « *l'entourage est mobilisé probablement pour des raisons socio-culturelles* ». Cependant, l'expert psychiatre estime qu'elle ne paraît pas limitée dans son fonctionnement quotidien. La caractéristique du TSD est « *qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux* ». On ne retrouve pas ces éléments dans le cas d'espèce, susceptibles d'entretenir le trouble, et ce après une expertise psychiatrique bien conduite. En effet la dépression de 2012 a été traitée avec succès par du Saroten, l'entente avec la famille ne laisse pas apparaître de conflit. Il est donc très vraisemblable que nous nous situons dans une définition limite du TSD dont les conséquences fonctionnelles pour justifier une incapacité de travail ne parviennent pas à convaincre. »

On ajoute que l'expert a diagnostiqué une sous-catégorie du trouble somatoforme, lequel est en l'espèce associé à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale qui jouent un rôle majeur dans le déclenchement, l'intensité, l'aggravation et la persistance de la douleur. Le Dr R._____ a observé que la recourante n'était pas limitée dans son fonctionnement quotidien en dehors des limitations consécutives à ses problèmes somatiques objectifs. En effet, la recourante annonçait des douleurs multiples, notamment au niveau des deux côtés des hanches et du bas du dos, qui sont en relation avec les atteintes physiques. Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, le degré de gravité inhérent au diagnostic ne paraît ainsi pas élevé.

bbb) Le Dr V._____ a également décrit les traitements thérapeutiques auxquels s'est soumise la recourante sur le plan psychiatrique :

« ii. Succès du traitement ou résistance à cet égard : le pronostic est mauvais, particulièrement en raison de la conviction de l'assurée. L'octroi d'une rente durant 10 ans a probablement ancré l'assurée dans sa conviction personnelle de rester invalide « à vie ». L'importance du traitement antalgique comportant 3x1 gr de paracétamol par jour, 15 gouttes de Tramal 1/j « si douleur » et Trittico 50 mg/j pour augmenter le seuil d'apparition de la douleur paraît relativement léger en rapport avec les douleurs alléguées (entre 3 et 7 sur l'échelle visuelle analogique/ 0 = pas de douleur, 10 = douleurs insupportables). Soit la douleur est à 3 et alors le traitement est suffisant, soit elle est à 6-7 et il est nettement pas adaptée, le Tramal serait dans cette éventualité à prendre de manière régulière. Cela nous indique qu'un degré de chronicité qui ne puisse être supporté n'a vraisemblablement pas [été] atteint. »

Le Dr R._____ a indiqué qu'il n'y avait pas d'indication pour une prise en charge psychiatrique en l'absence de demande et de motivation de la recourante dans ce sens, étant précisé que l'intéressée n'avait jamais bénéficié de consultations psychiatriques. Cet indicateur ne présente ainsi pas un degré de gravité important de l'atteinte.

ccc) S'agissant du succès d'une éventuelle réadaptation, le Dr V._____ a fait l'appréciation suivante :

« *iii. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard : une réadaptation n'entre pas en ligne de compte étant donné l'attitude de l'assurée. »*

En effet, selon le Dr R. _____, une réadaptation n'entre pas en ligne de compte en l'absence d'une demande de la recourante dans ce sens et étant donné que la recourante n'a jamais exercé d'activité professionnelle. On ne peut conclure à l'absence de ressources sur ce plan en l'absence d'une tentative de réadaptation, mais la conviction de la recourante de ne pas être apte à travailler marque une opposition de sa part qui n'est pas à mettre en relation directe avec son atteinte mais plutôt avec sa personnalité.

ddd) Pour ce qui concerne la comorbidité, le Dr V. _____ a relevé ce qui suit :

« *iv. Comorbidités : il n'existe pas de comorbidité psychiatrique incapacitante. Comprendre qu'une maladie physique concomitante, présente mais décrite comme modeste ou passées pour les lombalgies ou minime pour la gonarthrose, puissent affecter le vécu douloureux du TSD ne se conçoit pas, en l'absence d'un trouble de la personnalité. Dans le cas d'espèce, les douleurs évoquées seraient majoritairement secondaires anamnestiquement à des facteurs mécaniques et assez rapidement (position assise plus de 20 minutes) mais ne se retrouvent pas lors de l'examen comme mentionné supra. L'anamnèse de l'assurée n'est donc pas véritablement fiable sa conviction d'être invalide reste le seul élément sûr. »*

L'absence de comorbidité psychiatrique invalidante a en effet été constatée par le Dr R. _____.

eee) Puis, le Dr V. _____ a dressé en ces termes un tableau de la structure de la personnalité de la recourante :

« *b. Complexe « personnalité » et ressources personnelles : l'appréciation des « fonctions complexes du moi » relève de la psychanalyse et dépasse la présente expertise psychiatrique. Ce qu'on peut en dire c'est que l'élément socio-culturel de prise en charge de l'entourage est culturel et ne favorisera pas une prise d'autonomie personnelle. A ce titre, il appartient au service juridique d'apprécier ce facteur non médical. La motivation de l'assurée pour se dégager de cette situation paraît absente. »*

Le Dr R. _____ a noté que la recourante était très précise quant aux dates données et pouvait construire un récit de vie

chronologiquement organisé et cohérent ; il a observé qu'il n'y avait pas de dépressivité marquée dans le sens d'une anhédonie, aboulie ou apragmatisme. Il ne ressort ainsi pas de l'expertise que le trouble ait un effet sur les ressources personnelles de la recourante, qui a conservé sa concentration, sa mémoire d'évocation ou de la fixation, ainsi que son jugement et son raisonnement.

fff) Quant au contexte social, le Dr V. _____ a mis en évidence ce qui suit :

« c. Complexe « contexte social » : comme mentionné, l'entretien d'un état de dépendance par l'entourage ne peut qu'être négatif. Le soutien du réseau social puisque présent, devrait en principe amener à une reprise d'autonomie afin de sortir d'un état de victimisation qui ne manquera pas de s'installer en cas de refus de prestation. »

Tant le Dr R. _____ que le Dr H. _____ ont constaté que la recourante pouvait bénéficier de l'assistance de son époux et de ses enfants.

ggg) Concernant finalement le critère de la cohérence, particulièrement pertinent dans les cas de troubles psychiques afin de parvenir à une appréciation globale des limitations fonctionnelles, le Dr V. _____ a relevé ce qui suit :

« B. Catégorie cohérence (point de vue du comportement)

a) Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie : l'assurée ne travaillant pas, il ne nous est pas possible de comparer une activité « laborieuse » avec une activité « ménagère ». On peut cependant se rendre compte qu'elle peut avoir une vie sociale, prépare les repas, prend soin d'elle-même, a des loisirs (lecture, TV), sait pour certaines tâches ménagères se faire seconder. On voit là que l'assurée n'est pas complètement retirée sur elle-même et que les douleurs ne prennent pas toute la place dans sa vie. Elle a donc des ressources qu'elle sait utiliser.

b) Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation : l'assurée s'est toujours soumise aux traitements. En témoigne ses opérations et la prise de médicaments (Saroten en particulier). Dans le cas d'espèce, la souffrance n'apparaît pas au premier plan comme étant insupportable. En témoigne son absence dans

des situations où on serait susceptible de l'observer (se lever d'un bloc, marcher sans canne). Elle est certes présente puisqu'elle existe en montant les escaliers ou en se déshabillant mais s'éloigne du caractère important qu'une échelle visuelle analogique entre 6-7 implique. Et dans le cas d'une expertise, on se situe dans un contexte de stress qui aurait été propice à l'expression d'une souffrance plus grande. On ne peut donc être convaincu du poids de la souffrance.

En résumé, le diagnostic de TSD est qualifié par l'expert « d'éventuel ». On ne retrouve pas sur le plan diagnostic d'éléments de conflit émotionnel ou psycho-sociaux susceptibles d'entretenir le trouble, ce qui explique la réticence de l'expert employée par ce qualificatif. Il n'existe cependant pas d'indices en faveur d'un bénéfice secondaire, les limitations alléguées dans la vie quotidienne devant être rapportées à un élément culturel pas forcément en faveur d'une prise d'autonomie. Les éléments du degré de gravité fonctionnel ne permettent pas pour le côté somatique de justifier d'une quelconque incapacité et les discordances entre les allégations avancées et les constatations faites en témoignent. Le traitement du TSD pourrait être vraisemblablement amélioré (autre antidépresseur tricyclique classiquement prescrit : Surmontil gouttes x3 /j à doses à adapter, poursuite de la balnéothérapie) et l'importance du poids des souffrances ne convainc pas, d'autant que le fonctionnement de l'assurée dans son milieu semble satisfaisant. Rien sur le plan psychiatrique ne semble s'opposer à une activité définie par l'expertise, excepté l'intime conviction de l'assurée, seule certitude lors du réexamen de cette analyse. »

S'agissant de la cohérence, on peut ajouter que les expertises, en particulier celle rhumatologique, ont décrit les actes de la vie quotidienne de la recourante, avec ses restrictions, et que celles-ci concordent avec les limitations fonctionnelles déterminées par le Dr H. _____ sur le plan somatique. L'atteinte psychiatrique ne semble ainsi pas avoir d'effet allant au-delà de ce qui est pris en compte sur le plan rhumatologique. Les observations des experts, notamment sur le comportement de la recourante pendant les examens, ne permettent pas de constater que le poids de la douleur serait invalidant.

hhh) En définitive, les constatations d'absence de répercussion fonctionnelle du trouble psychique diagnostiqué par le Dr R. _____ sur la capacité de travail de la recourante emportent la conviction et sont dépourvues de contradictions. Elles se fondent sur une

grille d'indicateurs pertinents en accord avec la jurisprudence récente du Tribunal fédéral en la matière.

cc) Les rapports d'expertise des Drs H. _____ et R. _____, complétés par le rapport médical du Dr V. _____, satisfont aux réquisits jurisprudentiels pour se voir conférer pleine valeur probante. Ils comportent une anamnèse complète et fouillée de la situation de la recourante, contiennent une discussion claire et motivée des diagnostics retenus et débouchent sur des conclusions médicales étayées et convaincantes. Celles-ci peuvent être suivies, dès lors qu'aucun rapport médical au dossier ne permet de les mettre en doute. En conséquence, il y a lieu de retenir que la recourante présentait une incapacité de travail en toute activité à la suite de son opération de la hanche en 2007 mais qu'elle bénéficie d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles telles que retenues dans l'expertise dès sa rémission. S'agissant de la date à partir de laquelle la capacité de travail doit être admise, elle a été fixée au 16 juillet 2014 par l'intimé sur la base d'un avis du Dr X. _____ du 16 juillet 2014 qui a observé une évolution positive de la situation. Il ressort de l'expertise rhumatologique que l'implantation de la deuxième prothèse de la hanche en février 2007 a généré une incapacité de travail totale en toute activité, mais qu'au vu du résultat favorable du status post opératoire des hanches, la capacité de travail peut être évaluée à 80%. Les suites opératoires de l'implantation de la prothèse totale de la hanche gauche ont été décrites comme étant favorables, la recourante bénéficiant d'une prise en charge physiothérapeutique de mobilisation pendant huit semaines. Il ne ressort pas du dossier que des complications soient apparues à la suite de cette intervention. En conséquence, la date du 16 juillet 2014 retenue par l'intimé, soit plus de sept ans après l'intervention, paraît largement suffisante pour considérer que la situation à la suite de l'opération était stabilisée à cette date, étant par ailleurs précisé que rien au dossier ne permet de retenir une rémission suffisante avant cette date comme semble le soutenir l'intimé dans le cadre de sa réponse. A cet égard, l'intimé a renoncé à sa conclusion tendant à la « réforme » de sa décision dans sa duplique qui conclut simplement au rejet du recours.

b) La recourante soutient que ses limitations fonctionnelles rendent illusoire l'hypothèse qu'elle puisse réintégrer le marché du travail. Sur ce point, le Dr H. _____ a cité l'accueil, la vente d'objets légers et l'animation comme activités adaptées. L'intimé a retenu des activités dans l'industrie légère (production, conditionnement, contrôle).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, 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, 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 (TF 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.2 ; TF 8C_466/2015 du 26 avril 2016 consid. 3.2.2 et TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.2.2). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 ; TF 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.2 et TF 9C_496/2015 du 28 octobre 2015 consid. 3.2). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité

de travail résiduelle (TFA I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références citées, in VSI 1999 p. 246).

Compte tenu du contexte personnel et professionnel, la mise en valeur d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à l'état de santé de la recourante apparaît objectivement exigible. Âgée de 55 ans au moment où l'intimé a rendu sa décision, elle n'avait pas encore atteint l'âge à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilités réalistes de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré. Même si ledit âge, les restrictions induites par les limitations fonctionnelles et l'absence d'activité dans le marché du travail peuvent limiter dans une certaine mesure ses possibilités de retrouver un emploi, on ne saurait considérer qu'ils rendent cette perspective illusoire. On rappelle que les limitations fonctionnelles (port de charges répétitif en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5-10 kg et mouvements de genuflexion répétitifs) ne sont en l'espèce pas nombreuses. Le marché du travail offre en effet un large éventail d'activités légères, dont un nombre significatif sont adaptées aux limitations fonctionnelles de la recourante et accessibles sans nécessité d'une formation particulière, étant précisé qu'il n'y a pas lieu, dans ce contexte, d'examiner dans quelle mesure la situation concrète du marché du travail permettrait à la recourante de retrouver un emploi.

7. Partant, il y a lieu de déterminer le degré d'invalidité de la recourante.

a) Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à une éventuelle rente de l'assurance-invalidité ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et 128 V 174).

En l'occurrence, la recourante s'est retrouvée à nouveau en incapacité totale de travailler dans toute activité à compter du mois de février 2007. La demande ayant été déposée tardivement le 9 janvier 2014, le droit à la rente était ouvert dès le 1^{er} juillet 2014 (art. 29 al. 1 LAI), ce qui n'est pas contesté. La capacité de travail étant modifiée dès le 16 juillet 2014, avec effet sur la rente au 31 octobre 2014, il convient d'examiner le droit à la rente dès le 1^{er} novembre 2014.

Il y a lieu de comparer les revenus afférents à l'année 2014.

b) Le revenu sans invalidité est celui que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas devenu invalide (art. 16 LPGA ; art. 28a al. 1 LAI). Selon la jurisprudence, 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. 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 la personne assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 6.2).

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'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3; TF 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 (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb ; TF 9C_93/2008 du 19 janvier 2009 consid. 6.3.3 ; TF I 7/06 du 12 janvier 2007 consid. 5.2 ; Pratique VSI 5/1999 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 (ATF 134 V 322 consid. 5.2 ; 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'invalidité, 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 (ATF 137 V 71 consid. 5.2).

c) En ce qui concerne la période postérieure au 31 octobre 2014, il y a lieu de procéder aux constatations suivantes :

S'agissant du revenu sans invalidité, on constate que la recourante n'exerçait pas d'activité professionnelle à l'époque où l'incapacité de travail a été modifiée. Dans ces circonstances, l'OAI s'est référé aux données statistiques de l'ESS pour déterminer le revenu sans invalidité, en se fondant sur le revenu mensuel brut pour une activité simple et répétitive. Par ailleurs, dès lors que l'assurée n'a pas exercé d'activité lucrative dans une activité adaptée et ne dispose pas de

formation professionnelle, il convient de fixer son revenu avec invalidité également selon l'ESS.

Ainsi que l'a indiqué l'OAI dans la décision attaquée, lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, comme en l'espèce, il est superflu de les chiffrer avec exactitude. En pareil cas, la jurisprudence admet que le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (TFA I 418/03 du 23 septembre 2003 consid. 6.2).

En l'occurrence, la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée est de 100 %. Elle ne présente donc pas d'incapacité de travail, de sorte que son degré d'invalidité devrait être fixé à 0 %. Toutefois, compte tenu de ses limitations fonctionnelles, l'OAI a pris en considération une réduction de 10 % et a ainsi fixé un degré d'invalidité de 10 %. Même en tenant compte de son âge, on ne dépasserait pas un taux de 15%. Le degré d'invalidité est ainsi inférieur à 40%.

Au vu de ce qui précède, l'intimé était fondé à refuser à l'assurée l'octroi d'une rente d'invalidité au-delà du 31 octobre 2014.

8. Il n'y a pas lieu de procéder à une expertise complémentaire ni à l'audition de l'époux et des deux enfants de la recourante tel que cette dernière l'a requis, dès lors que de telles mesures d'instruction ne modifieraient pas, selon toute vraisemblance, l'appréciation qui précède (appréciation anticipée des preuves ; ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; 131 I 153 ; TF 9C_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.2).

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

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des

assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'occurrence, vu l'ampleur de la procédure, les frais sont fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors qu'elle a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). La recourante est toutefois rendue attentive au fait qu'elle est tenue d'en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

c) La recourante, qui n'obtient pas gain de cause, n'a en outre pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA, art. 55 LPA-VD).

d) Le conseil de la recourante ayant renoncé à toute indemnité pour le cas où le recours ne serait pas admis par courrier du 1^{er} juillet 2019, il y a lieu d'en prendre acte.

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 10 janvier 2019 est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

V. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

VI. Il est pris acte de la renonciation du conseil d'office de la recourante à toute indemnité au titre de l'assistance judiciaire.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Jeton Kryeziu, avocat (pour N. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :