

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 octobre 2019

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
MM. Oppikofer et Perreten, assesseurs
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

Z._____, à [...], recourante, représentée par Procap Suisse, Service juridique, à Bienne,

et

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

Art. 6ss, 8 al. 1, 17 et 61 let c. LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. a) Z. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1969, a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de [...] (ci-après : l'OAI [...]) le 4 juin 1998, en raison d'une tendinite et épicondylite au bras gauche. Elle y indiquait avoir travaillé d'octobre 1996 à août 1998 comme employée d'exploitation auprès de S. _____ SA à plein temps.

Un rapport d'expertise du Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) du 1^{er} juin 1999 faisait état des diagnostics de trouble somatoforme douloureux persistant de l'hémicorps gauche et de troubles dissociatifs chez une personnalité limite. Les experts ont retenu une capacité de travail résiduelle de 60% dans une activité adaptée.

Par décision du 16 février 2000, l'assurée, qui présentait un degré d'invalidité de 43% et une situation financièrement difficile (cas pénible), a été mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} juillet 1998.

b) L'OAI [...] a initié une procédure de révision d'office du droit à la rente le 19 octobre 2001, au terme de laquelle l'assurée a été informée, par courrier du 16 janvier 2002, qu'elle continuerait à bénéficier d'une demi-rente d'invalidité.

L'assurée ayant, entre-temps, changé de canton de domicile, l'OAI [...] a transmis le dossier de l'assurée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) par courrier du 11 février 2002.

c) Une deuxième procédure de révision d'office du droit à la rente a été entamée le 1^{er} février 2006. Cette procédure a abouti à une décision du 12 mai 2006 de l'OAI, confirmée par décision sur opposition du 13 juillet 2006, supprimant le droit de l'assurée à une demi-rente

d'invalidité pour cas pénible et lui accordant un quart de rente dès le 1^{er} juin 2006.

Par communication du 6 décembre 2007, l'OAI a informé l'assurée du fait que son degré d'invalidité n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente et qu'elle continuerait ainsi à bénéficier de la même rente que jusqu'alors.

Depuis le 31 mars 2008, l'assurée a débuté une activité en tant que patrouilleuse scolaire à raison de seize heures par semaines (soit environ 3 heures par jour) pour un revenu mensuel brut de 1'500 fr. par mois.

d) Le 5 décembre 2011, une troisième procédure de révision d'office du droit à la rente de l'assurée a été initiée par l'OAI.

Dans le cadre de cette procédure de révision, le Dr A.P._____, spécialiste en médecine interne générale, a rendu un rapport le 24 avril 2012. Celui-ci a retenu comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail des cervico-brachialgies bilatérales, des discopathies dégénératives cervicales, une fibromyalgie, une périarthrite scapulo-humérale à droite et une lombosciatalgie à droite. Il a précisé que le pronostic était réservé, vu le processus chronique déjà en cours, et que l'activité de charcutière n'était plus exigible.

Une expertise médicale bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique a été mise en œuvre le 30 juillet 2012. Les Drs B._____, spécialiste en rhumatologie, et L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont rendu leurs rapports respectifs les 11 et 22 octobre 2012 ainsi qu'un correctif le 19 novembre 2012. L'expert rhumatologue, dans son rapport du 11 octobre 2012, a retenu les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, d'omalgies et scapulalgies droites récurrentes d'origine peu claire avec bursite sous-acromio claviculaire modeste et les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent (fibromyalgie), de

lombopyralgies récurrentes avec sacro-iliite sur probable spondylarthropathie séronégative et périarthropathie de hanches des deux côtés, de status post-endométriose en 1997 et de status post-cautérisation du col utérin en 1994. On extrait en outre ce qui suit du rapport précité :

« **APPRECIATION DU CAS**

[...]

Du point de vue médical, [l'assurée] n'est pas connue pour des antécédents personnels majeurs. Elle signale depuis 1997, sans facteur traumatique déclenchant, l'apparition de douleurs poly et périarticulaires mises sur le compte d'une fibromyalgie et pour lesquelles différents traitements ont été effectués sans effet positif. Elle signale également des cervicobrachialgies et surtout des omalgies D [droites] entraînant une impotence fonctionnelle dans tous les mouvements de rotation et au-dessus de l'horizontal avec le bras D.

Lors de l'examen du jour, on note une limitation des amplitudes articulaires en actif de l'épaule D, en actif avec testing positifs pour des signes de conflit. Il n'y a pas de signe de dysfonction semgentaire spécifiques tant au niveau cervical que lombaire.

L'examen frappe cependant par la présence de douleurs péri-articulaires probablement imputables à un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent (fibromyalgie) avec une diminution du seuil de déclenchement de la douleur. Il n'y a pas de signe parlant en faveur d'une atteinte radiculaire.

Du point de vue paraclinique, le bilan radiologique tant du rachis cervical que lombaire et de l'épaule D est rassurant, il n'y a pas de signe de discopathie significative. On note une anomalie transitionnelle L5-S1, cependant sans conséquences cliniques. L'ultrasonographie des épaules de ce jour met en évidence une minime collection liquidienne au sein de la bourse sous-acromio-claviculaire tant à D qu'à G, il n'y a pas de signe de tendinopathie ni de rupture même partielle.

Du point de vue thérapeutique, l'assurée devrait bénéficier d'une prise en charge physiothérapeutique, sous forme d'une mobilisation de l'épaule afin d'éviter un schéma capsulaire. Les mouvements de circumduction paraissent être indiqués. La poursuite d'une médication myorelaxante et antalgique est de mise. Une nouvelle infiltration pourrait être effectuée.

Concernant son exigibilité, dans son ancienne activité d'ouvrière dans une boucherie, estimant qu'elle devait effectuer des mouvements répétitifs au-dessus de l'horizontal avec le MS D, sa capacité de travail peut être estimée tout au plus à 30%.

Dans une activité adaptée, surtout en limitant les mouvements de l'épaule D au-dessus de l'horizontal et de rotation interne-externe, sa capacité de travail peut être estimée à 80%.

[...]

A notre avis, il n'y a pas d'amyotrophie, il n'y a pas de trouble sensitivomoteur, il n'y a pas de syndrome radiculaire, le bilan radiographique du rachis cervical et lombaire est conservé.

Hormis la difficulté à mobiliser son épaule D, elle bénéficie d'une capacité intellectuelle certaine et au vu de l'absence de lésion significative au niveau du rachis, une capacité de travail est conservée.

Le syndrome douloureux récurrent, en l'absence de comorbidité psychiatrique et de repli social, ne présente pas de caractère incapacitant. »

Dans son rapport du 22 octobre 2012, l'expert psychiatre n'a, quant à lui, retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Il a évoqué une dysthymie (F34.1) et un trouble douloureux somatoforme persistant (F45.4) à titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail. L'expert a, en particulier, retenu l'absence d'élément pour retenir un trouble dépressif récurrent léger, de même que l'absence de symptomatologie anxieuse significative d'un diagnostic particulier et incapacitant, l'absence de signe floride de la série psychotique et de trouble de la personnalité, l'existence d'un tableau algique, sans grande intensité, ni détresse. En ce qui concernait plus précisément le diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant, l'expert a mentionné ce qui suit :

« [...] si l'on applique, lors de la révision actuelle, les critères de sévérité jurisprudentielles actuellement en vigueur, nous devons considérer :

- o L'absence d'une comorbidité psychiatrique manifeste dans la mesure où l'intensité d'une dysthymie ne peut participer d'une comorbidité,
- o Une affection chronique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable ne peut être envisagée dans la mesure où l'assurée a repris un travail de patrouilleuse scolaire en 2008,
- o Une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie n'est pas retrouvée,
- o Un état psychique cristallisé est probable,
- o L'échec au traitement ne peut être envisagé puisqu'aucun traitement psychiatrique n'a été envisagé,
- o L'ensemble des critères jurisprudentiels actuellement en vigueur n'étant actuellement pas réuni, nous ne pouvons envisager l'aspect incapacitant de cette symptomatologie douloureuse. »

Le Dr L. _____ s'est encore exprimé en ces termes :

« Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant incapacitant, de perturbation de l'environnement psychosocial, ni de limitation fonctionnelle psychiatrique. Nous n'avons pas d'autre diagnostic à proposer.

Sur le plan psychiatrique, nous pouvons donc considérer que l'examen psychiatrique du 10 octobre 2012 ne met pas en évidence de maladie psychiatrique responsable d'une atteinte à la capacité de travail de longue durée. »

Les experts ont en définitive conclu à une capacité de travail de 30% dans l'ancienne activité d'ouvrière de boucherie et de 80% dans une activité adaptée, y compris celle de patrouilleuse scolaire, avec pour limitations fonctionnelles les mouvements de rotation et au-dessus de l'horizontal du membre supérieur droit ainsi que le port de charges de plus de 2kg avec le membre supérieur droit, sans diminution de rendement.

Par projet de décision du 6 février 2013, confirmé par décision du 16 avril 2013, l'OAI a informé l'assurée qu'à la suite de l'entrée en vigueur de la 6^{ème} révision de l'AI, son droit à une rente d'invalidité avait été révisé en se fondant sur les dispositions finales de la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 18 mars 2011. En particulier, le diagnostic de fibromyalgie ne remplissait pas les critères prévus par la jurisprudence pour lui reconnaître un caractère invalidant et les autres atteintes à la santé présentées justifiaient une incapacité de travail à 100% dans l'activité antérieure d'employée de boucherie mais lui permettaient de conserver une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles. Dès lors que le préjudice économique et, par conséquent, le degré d'invalidité était inférieur à 40%, le droit à la rente s'éteignait.

Le versement de la rente d'invalidité s'est poursuivi, dans la mesure où l'assurée a accepté de suivre, du 21 mars 2013 au 20 juin

2013, une mesure professionnelle sous la forme d'une orientation afin de déterminer des pistes professionnelles auprès de la Fondation T._____.

Cette mesure a toutefois dû être interrompue au 29 mai 2013 en raison d'une intervention chirurgicale à l'épaule droite qui a eu lieu le 4 juin 2013, nécessitant un arrêt de travail de trois à quatre mois.

Il ressort du rapport final du 17 juin 2013 établi dans le cadre de la mesure effectuée auprès de la Fondation T._____ que l'assurée souhaitait conserver son activité de patrouilleuse scolaire et que l'objectif de trouver une profession compatible tant avec les limitations fonctionnelles qu'avec les horaires de patrouilleuse scolaire paraissait peu réaliste.

Dans un rapport du 4 octobre 2013, le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin auprès du Centre G._____ (Centre G._____) à [...], a mentionné que l'assurée avait pu reprendre ses activités professionnelles à 30% à quatre mois de l'intervention pratiquée sur son épaule et qu'il était illusoire d'envisager une augmentation de la capacité de travail, même dans une activité adaptée.

Le 13 juin 2014, le Dr A.P._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a répondu comme suit aux questions posées par l'OAI :

« 1. **Quelle est l'évolution depuis mai 2013 ?**

Pour mémoire, la patiente présentait déjà à cette époque des douleurs invalidantes de l'épaule droite, ayant débuté 5 ans auparavant. Après avoir tenté tous les traitements conservateurs possibles, une nouvelle IRM avait été effectuée le 25.03.2013, qui démontrait une tendinopathie avancée de la coiffe des rotateurs. Cependant, cet examen ne permettait pas de comprendre complètement la situation invalidante de cette épaule. Il a donc été décidé de procéder à une arthroscopie de l'épaule le 04.06.2013, qui a révélé d'une part une déchirure longitudinale de la coiffe des rotateurs sur plus de 2 cm ainsi qu'un conflit sous-acromial de l'épaule associé à une importante bursite sous-acromiale. Dans le même temps

opératoire, la patiente a bénéficié d'une réparation transtendineuse de la coiffe des rotateurs, d'une acromioplastie avec une résection de la clavicule distale inférieure, d'une bursectomie partielle sous-acromiale associées à une synovectomie et à une régularisation du bourrelet antérieur. Après cette intervention, l'évolution a été favorable sur le plan de la douleur pour autant que la patiente n'ait pas à solliciter son épaule au-delà de certaines limites de flexion, extension et abduction/élévation de cette articulation.

2. **Quelles sont les limitations fonctionnelles actuelles ?
pérennes ?**

L'évolution post-opératoire immédiate a été relativement bonne, en revanche son état a stagné avec encore aujourd'hui des douleurs, surtout aux mouvements de flexion, une force limitée à M3 pour la flexion et une amplitude encore légèrement limitée dans les derniers degrés. Elle décrit aussi des douleurs pendant les mouvements excentriques et de rotation interne.

Depuis février 2014, l'évolution est également stationnaire au niveau de la force musculaire. La patiente n'est en effet pas capable de compléter 3 séries de 15 répétitions d'exercices de flexion/abduction avec un haltère de 1 kg.

Lors de la dernière évaluation, la patiente présente toujours une force musculaire à M3 pour la flexion et à M4 pour l'extension, M3 pour la rotation interne et M4 pour la rotation externe. Une nouvelle série de physiothérapie, après une pause de quelques mois, vient d'être commencée pour tenter de récupérer une partie de la mobilité et de la force. Au vu du peu d'évolution de ces deux paramètres à plus d'une année de l'opération, il est en droit de se poser la question si ces limitations fonctionnelles seront pérennes ou si la physiothérapie nouvellement instaurée permettra de gagner tant en mobilité qu'en force.

Actuellement, des activités professionnelles nécessitant l'emploi de son épaule gauche sont limitées à 3 heures par jour (patrouilleuse scolaire), temps maximum que la patiente peut assurer tout en sachant qu'elle n'est pas à même d'élever le bras au-delà de l'horizontale.

Dans une activité strictement adaptée, soit ne nécessitant aucune mobilité et force particulière de cette épaule droite, sa capacité de travail est en lien avec les autres diagnostics déjà connus avant les problèmes de l'épaule, soit : des cervico-brachialgies bilatérales sur discopathies dégénératives cervicales ainsi qu'une lombosciatalgie droite persistante, également dans le cadre de troubles dégénératifs.

3. **Quelle est l'évolution de la capacité de travail dans une activité strictement adaptée ?**

Sa capacité de travail globale doit donc tenir compte à la fois de la pathologie de l'épaule droite susmentionnée ainsi que du rachis cervical et lombaire. Seule une nouvelle expertise médicale par un rhumatologue, en tenant compte de toutes les pathologies ostéo-articulaires décrites, permettrait de répondre à votre dernière question. »

Dans un avis du 18 juillet 2014, le Dr J._____ du Service médical régional de l'AI (SMR), a mentionné que les limitations signalées par le Dr A.P._____ avaient été prises en compte dans le rapport d'expertise d'octobre 2012 dont les conclusions restaient valables, à savoir que la capacité de travail de l'assurée dans une activité ménageant l'épaule droite était de 80%. Par ailleurs, une incapacité de travail temporaire, du 4 juin au 3 octobre 2013, en lien avec l'opération pouvait être admise.

En date du 28 octobre 2014, le service de réadaptation de l'OAI a effectué le calcul du salaire exigible, en tenant compte d'un revenu sans atteinte à la santé pour une activité à 100% de 57'523 fr., et d'un salaire exigible de 43'245 fr. 67, faisant apparaître un préjudice économique de 14'277 fr. 33, soit de 24,82%. A titre d'exemples d'activités adaptées, il était mentionné agente de contrôle de qualité dans une chaîne de production, ouvrière de conditionnement de matériel léger (mise sous plis, emballage), ouvrière de production dans l'industrie de précision (alimentation de machines préréglées, assemblage de composants électroniques/informatiques).

Par courrier du 17 décembre 2014, l'OAI a informé l'assurée qu'il mettait fin aux démarches de mesures professionnelles, dès lors que celle-ci ne souhaitait pas entreprendre de formation de contrôleur et que le versement de la rente cesserait au 31 décembre 2014.

Par courrier du 13 janvier 2015, l'assurée a demandé que son cas soit réévalué à la suite de la décision de suppression de sa rente, en invoquant essentiellement des problèmes d'ordre financier, ce à quoi l'OAI lui a répondu qu'il ne pouvait pas réévaluer sa situation en l'état mais qu'il lui était loisible de déposer une nouvelle demande de prestations si elle souffrait d'une nouvelle atteinte à sa santé.

B. Le 15 juillet 2015, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, en raison d'une fibromyalgie et de rhumatisme spondylarthrite.

Dans le cadre de l'instruction de cette nouvelle demande, l'assurée a fourni un rapport médical du 7 juillet 2017 du Dr Q._____, spécialiste en rhumatologie, dans lequel ce médecin a posé les diagnostics de très probable spondylarthropathie avec atteinte axiale et périphérique, à la suite d'un examen IRM cervico-dorso-lombaire et sacro-iliaque effectué le 25 juin 2015, ainsi que de fibromyalgie. Le Dr Q._____ a précisé que le traitement par AINS était inefficace et qu'il avait proposé un traitement par des anti-TNF (etanercept Enbrel).

Le 29 octobre 2015, le Dr W._____ du SMR a conclu que la caractère incapacitant et durable de ce type d'affection (spondylarthropathie) était tout à fait possible à admettre selon le degré et l'atteinte ainsi que selon la réponse au traitement, si bien qu'il convenait d'adresser, six mois plus tard, un questionnaire intermédiaire AI au médecin rhumatologue afin qu'il renseigne sur la mise en route effective du protocole thérapeutique spécifique et sur le bénéfice éventuel attendu sur le plan clinique.

Dans un rapport du 9 juin 2016, le Dr A.P._____ a précisé qu'il envisageait l'introduction d'un traitement de Méthotrexate, le traitement anti-TNF d'Enbrel n'ayant pas donné des résultats satisfaisants pour le problème des rachialgies. S'agissant de l'épaule droite, il a mentionné que la situation restait inchangée, voire même s'était aggravée tant au niveau des douleurs que des possibilités de mobilisation et de port de charge. Il a conclu que la capacité de travail de l'assurée était limitée à la fois par le problème de rachialgies, vraisemblablement d'origine inflammatoire entrant dans le cadre d'une spondylarthropathie, et l'évolution fonctionnelle non favorable d'une déchirure de la coiffe des rotateurs, malgré une suture encore en place à l'IRM du 7 décembre 2015. Ce médecin a encore mentionné que la capacité de travail résiduelle de l'assurée était très restreinte en raison des douleurs à l'épaule, de la limitation des mouvements avec celle-ci, ainsi que des atteintes rachidiennes dorsolombaires, tout en précisant qu'il ne pouvait l'estimer en tant que médecin généraliste et encore moins savoir dans quel domaine une reconversion professionnelle pourrait permettre à l'assurée

de regagner une capacité de travail partielle dans un domaine ne surchargeant ni son dos, ni son épaule droite.

Par avis SMR du 8 août 2016, le Dr W._____ a relevé que la recherche d'un protocole thérapeutique donnant de meilleurs résultats se poursuivait avec l'introduction d'un traitement par Méthotrexate, que s'agissant de l'évolution au niveau des scapulalgies, celles-ci étaient jugées stationnaires, voire s'étaient aggravées et que la situation était qualifiée de complexe. Il en a conclu que le caractère durablement incapacitant de l'atteinte à la santé rapportée était plausible et qu'il convenait d'adresser au Dr B.P._____, spécialiste en rhumatologie, médecin nouvellement en charge de l'assurée, un questionnaire intermédiaire AI au mois de novembre suivant.

Amené à répondre à certaines questions, le Dr A.P._____ s'est exprimé en ces termes le 25 janvier 2017 :

«1. Quelles (sic) est l'évolution clinique depuis votre rapport ?

Concernant l'épaule droite la situation n'a fait que s'empirer, raison pour laquelle la patiente a bénéficié d'une nouvelle intervention chirurgicale le 15.11.2016 auprès du Docteur S._____, qui a pratiqué une arthroscopie pour laquelle je n'ai pas de rapport actuellement. Suite à cette intervention la patiente est toujours en arrêt de travail qui sera réévalué par son orthopédiste le Docteur S._____ le 31.01.2017. Sur le plan des douleurs du rachis cervical et lombaire en lien avec la spondylarthropathie inflammatoire, nous étions dans l'attente de cette opération avant de pouvoir commencer un traitement de fond au Méthotrexate (risque infectieux péri-opératoire contre indiquant une immunosuppression). Actuellement, la patiente est au décours d'une IVRS [infection des voies respiratoires supérieures] qui dure depuis trois semaines ce qui empêche toujours de débiter le traitement. Le Docteur B.P._____ qui s'occupe des problèmes rhumatologiques de la patiente doit la revoir tout prochainement pour initier ce traitement de fond par injection de Méthotrexate.

2. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ? Depuis quand ?

La patiente est à l'arrêt de travail depuis le 09.11.2016 en raison du problème de l'épaule et la réévaluation de cet arrêt de travail se fera le 31.01.2017 par son opérateur le Docteur S._____.

3. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? Depuis quand ?

Actuellement la patiente n'a pas repris le travail, je ne suis pas en mesure de répondre à cette question.

4. Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?

Concernant l'épaule droite suite à l'intervention pour l'instant l'abduction de l'épaule se limite en actif à 45° et en passif à peine à 60, ce qui rend pour l'instant impossible la reprise de son travail de patrouilleuse scolaire notamment pour lever la palette.

5. Quelles sont les dates et les taux précis des arrêts de travail ?

A 100% depuis le 09.11.2016.

6. Quelles sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ?

La patiente a subi une intervention chirurgicale au niveau de son épaule le 15.11.2016, elle fait actuellement de la physiothérapie de reconditionnement pour son épaule à raison de deux fois par semaine. Madame Z. _____ nécessite encore une antalgie importante sous forme de Dafalgan 3x/j et Irfen 600 2X/j. Concernant le traitement de sa spondylarthropathie des traitements immunosuppresseurs n'ont pas pu être débuté (sic) dans la période péri-opératoire de son épaule au vu du risque infectieux. Par contre un traitement d'épreuve par Méthotrexate va être envisagé tout prochainement après l'échec d'une première tentative par Enbrel. »

Le 7 mars 2017, le Dr W. _____ du SMR a conclu que la situation n'était pas stabilisée du fait de l'intervention récente au niveau de l'épaule droite et du protocole thérapeutique en attente dans le cadre de la prise en charge de la spondylarthropathie inflammatoire et a préconisé d'interroger les Drs B.P. _____ et A.P. _____ trois mois plus tard.

Le 28 juillet 2017, le Dr A.P. _____ a répondu comme suit au questionnaire de l'OAI :

« 1. Quelles (sic) est l'évolution clinique depuis votre rapport ?

Concernant l'épaule droite, la patiente a bénéficié d'une nouvelle intervention chirurgicale le 15.11.2016. Pour l'instant,

la récupération n'est pas encore totale tant sur le plan antalgique que sur le plan de la mobilité articulaire. Concernant l'épaule gauche, des douleurs progressivement invalidantes ont débutés (sic). Une IRM a été réalisée le 17.05.2017 [...], concluant à une déchirure partielle interstitielle du tendon supra-épineux avec enthésopathie. Enthésopathie également du tendon infra-épineux. Bursite sous-acromio-deltaïdienne très importante. Une consultation chez Dr S._____ a eu lieu en juin 2017 pour laquelle nous n'avons pas de compte rendu pour l'instant. Sur le plan des douleurs du rachis cervical et lombaire en lien avec une spondylarthropathie inflammatoire, le traitement par Métoject n'a pas pu être débuté. Actuellement, Madame Z._____ est suivie par la Dresse R._____, rhumatologue. Nous ne disposons pour l'instant pas de compte rendu de prise en charge.

2. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ? Depuis quand ?

La patiente a repris son activité de patrouilleuse scolaire à son pourcentage habituel. Les derniers certificats ayant été émis par Dr S._____, nous ne disposons pas des dates exactes.

3. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? Depuis quand ?

Actuellement, la patiente poursuit (sic) son travail de patrouilleuse scolaire avec adaptation (levé de palette).

4. Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?

Concernant l'épaule gauche, quasi impotence fonctionnelle.

5. Quelles sont les dates et les taux précis des arrêts de travail ?

A 100% du 09.11.2016 au ?

6. Quelles (sic) sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ?

La patiente suit un traitement de physiothérapie en parallèle à un traitement antalgique par Dafalgan 1g 3x/j et Vimovo 2x/j. Concernant le traitement de sa spondylarthropathie, selon la patiente, un traitement immunosuppresseur devrait être débuté en août avec la Dresse R._____. »

Dans un rapport médical du 16 octobre 2017, la Dresse R._____, spécialiste en rhumatologie et médecin cheffe au sein de l'K._____ (K._____), qui a suivi l'assurée sur le plan rhumatologique en 2017, a précisé que celle-ci avait diminué son temps de travail à 2 heures par jour car l'activité engendrait une augmentation des douleurs

articulaires et péri-articulaires. Elle a en outre précisé qu'un traitement d'Humira avait récemment débuté.

Le Dr S._____ a, quant à lui, mentionné, dans un rapport médical du 11 décembre 2017, qu'un arrêt de travail avait été attesté du 15 novembre 2016 au 31 janvier 2017 et que la capacité de travail de l'assurée était de 100% depuis le 1^{er} février 2017 dans l'activité habituelle. Il a confirmé un status post-arthroscopique de l'épaule droite.

Dans un formulaire « Détermination du statut » de l'OAI, l'assurée a indiqué, le 28 février 2018, que son taux d'activité serait de 100% sans atteinte à la santé, tout en précisant que son salaire mensuel se montait à 1'543 fr. bruts à un taux de 25%.

Par avis SMR du 27 septembre 2018, la Dre X._____ a estimé que les atteintes décrites à l'IRM du 17 mai 2017 ne devaient pas être durables et que le traitement d'Humira devait améliorer la symptomatologie au niveau du rachis. Elle a ainsi conclu à l'absence de nouvelles limitations fonctionnelles.

Par projet de décision du 4 octobre 2018, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations, en expliquant ce qui suit :

- « - Au niveau de l'épaule droite, il y a eu une aggravation avec opération en novembre 2016 avec une incapacité de travail ayant duré jusqu'en janvier 2017.
- Au niveau de l'épaule gauche, une nouvelle atteinte a été traitée conservativement depuis mai 2017 et les atteintes décrites dans l'IRM ne devraient pas être durables.
- Au niveau du dos, une spondylarthrite ankylosante vous est diagnostiquée en juillet 2015 et traitée depuis 2017.

En conclusion, nous pouvons admettre une aggravation de l'état de santé transitoire avec l'intervention sur l'épaule droite entre novembre 2016 et janvier 2017. Par la suite, l'atteinte n'empêche pas la reprise de l'activité habituelle de patrouilleuse scolaire à votre taux habituel. »

Le 20 novembre 2018, l'assurée a contesté le projet de décision précité. A l'appui de sa contestation, elle a fourni un rapport médical du 19 novembre 2018 des Dres C._____ et H._____, respectivement médecin cheffe de clinique et médecin-assistante auprès du Centre N._____, dans lequel ces médecins ont mentionné qu'il était impossible de se prononcer sur le taux de présence possible dans une activité adaptée, dès lors que le travail exercé par l'assurée à 25% (environ 2 heures sur la journée réparties en cinq tranches) en fractionné était déjà extrêmement difficile pour elle et qu'il fallait s'attendre à une baisse de rendement dans une activité adaptée en raison d'une fatigabilité importante associée à une limitation de la mobilité articulaire de plus en plus sévère lors de la répétition des mouvements. Les médecins précitées ont retenu les limitations fonctionnelles suivantes : station debout d'une durée maximale de 20 à 30 minutes ainsi que des limitations dans la mobilité des épaules (flexion de l'épaule droite : 80°, flexion de l'épaule gauche : 90° [actif] et 90° de deux côtés [passif], abduction de l'épaule droite : 55%, abduction de l'épaule gauche : 60° [actif] et 80° des deux côtés [passif]). L'assurée a fait en outre valoir qu'aucun avis circonstancié n'avait été demandé à la Dre R._____ depuis l'introduction du traitement biologique ni au Dr S._____ concernant les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à l'épaule gauche. Elle a également relevé que l'activité de patrouilleuse scolaire en soi n'était pas une activité pouvant être exercée à plein temps, puisque l'horaire de travail se confondait avec les horaires scolaires (tout au plus, quatre heures par jour), de sorte que cette activité ne pouvait être exigible à 100% et ne constituait, de surcroît, pas l'activité habituelle de l'assurée. L'instruction médicale devait ainsi être complétée.

Le 18 janvier 2019, la Dre X._____ a estimé que le rapport des Dres C._____ et H._____ du 19 novembre 2018, ne faisait que confirmer l'appréciation du SMR selon laquelle des limitations objectives étaient retenues au niveau des épaules et pour la station debout limitée à 30 minutes, étant précisé que les douleurs du rachis ne répondaient pas au traitement, ce qui était attendu. Elle a ainsi conclu qu'aucune limitation fonctionnelle médicale objective n'avait modifié la capacité de

travail dans l'activité habituelle de patrouilleuse scolaire depuis au moins octobre 2017, si bien qu'elle maintenait ses conclusions précédentes.

Par décision du 24 janvier 2019, confirmant le projet du 4 octobre 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations déposée le 15 juillet 2015 par l'assurée.

C. Par acte du 27 février 2019, l'assurée recourt contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à son annulation et à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité en sa faveur et, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle fait en substance valoir qu'en considérant qu'elle peut exercer l'activité de patrouilleuse scolaire à 80%, l'intimé apprécie de manière inexacte les faits médicaux, dans la mesure où elle n'exerce en réalité cette activité qu'à un taux de 20%, compte tenu des nouvelles atteintes admises par celui-ci. Elle soutient également que la dernière expertise externe date de 2012 et que, datant de plus de 6 ans, elle est obsolète. Enfin, elle estime que les rapports médicaux figurant au dossier sont contradictoires et que l'intimé aurait dû mener une expertise externe supplémentaire.

Par décision de la juge instructrice du 28 février 2019, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 27 février 2019 pour ce qui est des frais judiciaires.

Par réponse du 28 mars 2019, l'intimé propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Il soutient qu'une aggravation temporaire de l'état de santé de la recourante a été admise entre novembre 2016 et janvier 2017 à la suite de l'intervention subie à l'épaule droite mais qu'ensuite, l'atteinte n'a pas empêché la reprise de l'activité habituelle de patrouilleuse scolaire au taux habituel. Dès lors, la recourante n'a pas présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable pour ouvrir un droit à une rente. L'intimé précise encore que les autres atteintes à la santé ont

été prises en compte lors de sa précédente décision et qu'il n'y a ainsi pas lieu d'y revenir.

Par réplique du 23 avril 2019, la recourante confirme les conclusions prises au pied de son recours du 27 février 2019.

Par courrier du 9 mai 2019, la recourante fournit un rapport médical du 5 avril 2019 de la Dre R. _____ du K. _____, dans laquelle celle-ci mentionne qu'un nouveau traitement immunosuppresseur à base de Remicade a été débuté dès avril 2019. Elle précise notamment que la patiente évoque des difficultés à effectuer son activité de patrouilleuse scolaire durant deux heures par jour en raison d'une aggravation des dorso-lombalgies lorsqu'elle reste en position debout, de douleurs en regard de la crête iliaque droite, de scapulalgies bilatérales avec une impossibilité de lever activement en abduction les bras au-delà de 60% et une impossibilité de mettre le bras droit dans le dos. La Dre R. _____ retient les limitations fonctionnelles suivantes : éviter de faire des mouvements répétitifs, éviter de rester en position statique, doit pouvoir varier les positions, doit éviter de se pencher en avant et doit porter des charges inférieures à 5kg.

Par duplique du 29 mai 2019, l'intimé maintient sa position, tout en se référant à un avis médical SMR de la Dre X. _____ du 27 mai 2019, selon lequel le status clinique paraît toujours compatible avec l'activité de patrouilleuse scolaire effectuée à raison de deux heures par jour. La Dre X. _____ relève qu'aucune imagerie récente ne vient soutenir les limitations fonctionnelles douloureuses retenues par la Dre R. _____ et que cette dernière ne se prononce pas sur la capacité de travail de l'assurée dans l'activité précitée et n'évoque pas d'incompatibilité médicale en lien avec cette activité.

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. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision. De surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164 et 125 V 413 consid. 2c ; TF 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1).

b) En l'occurrence, est litigieuse la question de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa nouvelle demande de prestations du 15 juillet 2015. Le litige porte singulièrement sur le point de savoir si son degré d'invalidité a subi une modification significative entre la décision rendue le 16 avril 2013 par l'OAI et la décision litigieuse du 24 janvier 2019.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

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

b) Lorsque la rente a été refusée - en l'occurrence, supprimée - parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité 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]). Si 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 rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 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, si nécessaire, 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. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, 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.

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). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

c) Conformément à l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

4. Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2). En matière d'assurance-invalidité, il revient au premier chef à l'office AI de mettre en

œuvre les mesures d'instruction nécessaires auxquelles il se doit de procéder afin de constituer un dossier complet sur le plan médical (art. 57 al. 1 let. f LAI et art. 69 RAI [règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur 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 plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et

bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

Cela étant, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351, consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré 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 (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3, 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 (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée). Lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b, 352 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1, 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

6. En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la deuxième demande de prestations AI déposée le 15 juillet 2015 par la recourante et a repris l'instruction en requérant notamment des avis médicaux auprès

des médecins ayant suivi celle-ci. Il convient dès lors d'examiner si, entre la dernière décision entrée en force du 16 avril 2013, par laquelle l'intimé a supprimé le quart de rente dont bénéficiait la recourante, et la décision litigieuse du 24 janvier 2019, l'état de santé de l'intéressée s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations AI.

a) Dans le cadre de l'examen qui a abouti à la décision du 16 avril 2013, l'OAI s'est principalement fondé sur l'expertise médicale bidisciplinaire réalisée le 10 octobre 2012 par les Drs B._____, spécialiste en rhumatologie et L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dont les rapports ont été établis les 11 et 22 octobre 2012.

Pour rappel, sur le plan rhumatologique, le Dr B._____ avait retenu le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail d'omalgies et scapulalgies droites récurrentes d'origine peu claire avec bursite sous-acromio claviculaire modeste et, comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent (fibromyalgie), des lombopygialgies récurrentes avec sacro-iliite sur probable spondylarthropathie séronégative et périarthropathie de hanches des deux côtés, de status post-endométriose en 1997 et de status post-cautérisation du col utérin en 1994. A titre de limitations fonctionnelles, l'expert avait mentionné les mouvements de rotation et au-dessus de l'horizontal du membre supérieur droit ainsi que le port de charge de plus de 2 kg avec le membre supérieur droit. Il avait estimé que la capacité de travail de l'intéressée dans son ancienne activité était tout au plus de 30% et que dans son activité de patrouilleuse scolaire ou dans toute autre activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, elle était de 80% sans diminution de rendement (cf. rapport du 11 octobre 2012).

Sur le plan psychiatrique, le Dr L._____ n'avait retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Il avait évoqué une dysthymie (F34.1) et un trouble douloureux somatoforme persistant (F45.4) à titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail.

Le médecin précité avait ainsi estimé que la capacité de travail était de 100% dans toute activité (cf. rapport du 22 octobre 2012).

En définitive, en tenant compte des volets rhumatologique et psychiatrique, la recourante disposait d'une capacité de travail de 30% dans son ancienne activité d'ouvrière de boucherie et de 80% dans une activité adaptée, étant précisé que le syndrome douloureux récurrent, en l'absence de comorbidité psychiatrique et de repli social, ne présentait pas de caractère incapacitant.

b) A la suite de la deuxième demande de prestations déposée le 15 juillet 2015 par la recourante pour fibromyalgie et rhumatisme spondylarthrite, le SMR a recueilli divers avis médicaux, estimant que le caractère incapacitant et durable de ce type d'affection (spondylarthropathie) était tout à fait possible à admettre selon le degré de l'atteinte ainsi que selon la réponse au traitement (cf. avis du Dr W._____ du 29 octobre 2015).

aa) Sur le plan somatique, l'assurée souffre de différentes atteintes.

aa/a) S'agissant de l'épaule droite, la situation s'était empirée, raison pour laquelle la recourante avait subi une première intervention chirurgicale le 4 juin 2013. L'évolution avait été favorable puisque quatre mois après de cette intervention, la recourante avait pu reprendre son activité de patrouilleuse scolaire à un taux de 30% (cf. rapport médical du Dr S._____ du 4 octobre 2013). Elle présentait toutefois toujours des limitations fonctionnelles en lien avec cette épaule, dès lors qu'elle n'était pas à même d'élever le bras au-delà de l'horizontal. Le SMR avait retenu une capacité de travail dans une activité adaptée ménageant l'épaule droite de 80% (cf. rapport du 18 juillet 2014). Par la suite, la situation n'ayant fait que s'empirer, la recourante a dû subir une nouvelle intervention chirurgicale le 15 novembre 2016 à l'épaule droite (cf. rapport du Dr A.P._____ du 25 janvier 2017). Dans un rapport du 28 juillet 2017, le Dr A.P._____ indiquait que la récupération n'était pas

encore totale tant sur le plan antalgique que sur le plan de la mobilité articulaire, tout en précisant que la recourante avait repris son activité de patrouilleuse scolaire à son pourcentage habituel (avec toutefois une adaptation s'agissant du lever de palette). L'OAI a reconnu une aggravation temporaire de trois mois, soit de novembre 2016 à janvier 2017, en lien avec l'intervention du 15 novembre 2016. Il a par ailleurs constaté que l'atteinte à l'épaule droite n'avait pas empêché la reprise de l'activité de patrouilleuse scolaire aux taux habituel. Les médecins consultés par la suite ont retenu des limitations au niveau de la mobilité de cette épaule (cf. rapport des Dres C._____ et H._____ du 20 novembre 2018), lesquelles avaient déjà été prises en compte dans le rapport d'expertise de 2012, dans lequel les experts avaient préconisé d'éviter des mouvements au-dessus de l'horizontal du membre supérieur droit ainsi que le port de charge de plus de 2 kg.

Le rapport de la Dre R._____ du 5 avril 2019, produit par la recourante dans le cadre de la procédure de recours, ne permet pas davantage de conclure à une aggravation et, partant, à une modification de la capacité de travail en lien avec l'atteinte à l'épaule droite. En effet, la médecin précité se contente d'indiquer que la recourante souffre de scapulagies avec une impossibilité de lever activement en abduction le bras au-delà de 60% et une impossibilité de lever le bras droit dans le dos, retenant à titre de limitations fonctionnelles l'absence de port de charges supérieures à 5 kg. Or les limitations retenues par la Dre R._____ rejoignent celles des experts, lesquels avaient même mentionné des limitations plus strictes s'agissant du port de charges (maximum 2 kg).

En définitive, si l'on peut effectivement retenir une aggravation temporaire de l'état de santé de la recourante en lien avec l'atteinte à l'épaule droite en raison de l'intervention subie en novembre 2016, on ne peut que constater que la recourante a, par la suite, repris son activité de patrouilleuse scolaire au taux habituel, ce qui tend à démontrer une amélioration de son état de santé. De plus, les médecins consultés n'ont pas retenu de nouvelles limitations fonctionnelles en lien

avec cette atteinte. Ainsi, il n'y a aucune raison de s'écarter des conclusions du rapport d'expertise de 2012 sur ce point.

aa/b) Des douleurs à l'épaule gauche progressivement invalidantes - pour reprendre les termes du Dr B.P._____ (cf. rapport du 28 juillet 2017) - sont apparues en mai 2017. Un examen IRM a ainsi été effectué le 17 mai 2017, lequel a mis en évidence une déchirure partielle interstitielle du tendon supra-épineux avec enthésopathie, y compris du tendon infra-épineux ainsi qu'une très nette bursite sous-acromio-deltoïdienne. Le Dr A.P._____ concluait à une « quasi impotence fonctionnelle » en lien avec cette épaule. Le SMR a indiqué, en date du 4 octobre 2018, que cette nouvelle atteinte avait été traitée conservativement depuis mai 2017 et que les atteintes décrites dans le rapport de l'examen IRM ne devaient pas être durables. Les Dres R._____ et H._____ ont retenu des limitations dans la mobilité de l'épaule gauche (cf. rapport du 20 novembre 2018), sans toutefois se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Dans son rapport du 5 avril 2019, la Dre R._____ mentionne que la recourante a de la peine à effectuer son activité de patrouilleuse scolaire à raison de deux heures par jour, notamment en raison de scapulalgies bilatérales avec une impossibilité de lever activement en abduction les bras au-delà de 60°. Elle ne se prononce toutefois pas plus en détail sur la capacité de travail de celle-ci.

En l'occurrence, on ignore quelles sont les répercussions de l'atteinte à l'épaule gauche sur la capacité de travail de la recourante. En effet, cette atteinte est apparue bien après l'expertise réalisée en 2012, si bien que le rapport corrélatif à cette expertise n'en tient pas compte. Par ailleurs, aucun médecin intervenu par la suite ne s'est clairement prononcé quant aux effets de cette atteinte sur la capacité de travail de la recourante. Le SMR aurait ainsi dû investiguer plus avant concernant l'atteinte précitée et ne pouvait se contenter de la simple supposition que celle-ci ne devait pas durer.

aa/c) Pour ce qui est de la spondylarthropathie, diagnostic déjà évoqué dans le rapport d'expertise de 2012 sous forme d'éventualité (« lombopygialgies récurrentes avec sacro-iliite sur probable spondylarthropathie séronégative ») et considéré comme n'ayant aucune répercussion sur la capacité de travail, le SMR a estimé que le caractère incapacitant et durable de ce type d'affection était tout à fait possible à admettre selon le degré de l'atteinte ainsi que selon la réponse au traitement (cf. avis des 29 octobre 2015 et 8 août 2016).

Différents traitements ont été prescrits (traitement par AINS, traitement par Enbrel, traitement par Méthotrexate), lesquels se sont révélés inefficaces. Dans un rapport du 16 octobre 2017, la Dre R. _____ indiquait qu'un traitement d'Humira venait d'être débuté et que la recourante avait diminué son temps de travail dans son activité de patrouilleuse scolaire à deux heures par jour (au lieu de trois heures par jour) en raison de l'augmentation des douleurs articulaires et péri-articulaires qu'engendrait une telle activité. Le SMR a conclu, dans un avis du 27 septembre 2018, que le traitement d'Humira devait améliorer la symptomatologie au niveau du rachis et a conclu à l'absence de nouvelles limitations fonctionnelles. Il a ainsi formulé une hypothèse qui n'a pas pu être vérifiée. Au contraire, dans un rapport du 20 novembre 2018, les Dres C. _____ et H. _____ ont indiqué qu'il était impossible de se prononcer sur le taux de présence possible dans une activité adaptée, dès lors que le travail exercé par la recourante à 25% (environ deux heures par jour réparties sur cinq tranches) en fractionné était déjà extrêmement difficile pour elle et qu'il fallait s'attendre à une baisse de rendement dans une activité adaptée en raison d'une fatigabilité importante associée à une limitation de la mobilité articulaire de plus en plus sévère lors de la répétition de mouvements. Les médecins précitées ont ainsi retenu une nouvelle limitation fonctionnelle, à savoir que la recourante devait éviter la station debout pour une durée supérieure à 20 ou 30 minutes.

Or le SMR a conclu que le rapport précité ne faisait que confirmer son appréciation selon laquelle des limitations objectives étaient retenues au niveau des épaules et pour la station debout limitée à 30

minutes, tout en précisant que les douleurs du rachis ne répondaient pas au traitement, ce qui était attendu. Cette limitation fonctionnelle n'avait cependant jamais été évoquée auparavant. Dans son rapport du 5 avril 2019 produit dans le cadre de la procédure de recours, la Dre R. _____ nous apprend qu'un nouveau traitement immunosuppresseur à base de Remicade a été introduit en avril 2019, le traitement d'Humira ayant été interrompu en mai 2018 en raison de son inefficacité. Elle mentionne à nouveau que la recourante évoque des difficultés à effectuer son activité de patrouilleuse scolaire durant deux heures par jour en raison notamment d'une aggravation des dorso-lombalgies lorsqu'elle reste en position debout et retient, entre autres, comme limitations fonctionnelles, les mouvements répétitifs, le fait de rester dans une position statique et de se pencher en avant.

Le SMR s'est contenté de mentionner que le status clinique paraissait toujours compatible avec l'activité de patrouilleuse scolaire à raison de deux heures par jour et a considéré qu'il n'y avait pas d'incompatibilité médicale en lien avec cette activité. Dans le même temps, il a conclu, de manière contradictoire, à une capacité de travail de la recourante de 80% dans une activité adaptée. Ce raisonnement ne saurait être suivi. En effet contrairement à ce qu'a retenu le SMR, le fait que la spondylarthropathie n'ait répondu à aucun traitement tend plutôt à démontrer le caractère incapacitant et durable de cette affection. A cet égard, les avis médicaux des Dres R. _____, d'une part, et C. _____ et H. _____, d'autre part, évoquent certes la difficulté de la recourante à effectuer son activité de patrouilleuse scolaire ne serait-ce que deux heures par jour et retiennent de nouvelles limitations fonctionnelles en lien avec cette atteinte, mais ne se prononcent pas clairement sur les répercussions de dite atteinte en termes de capacité de travail. Le SMR ne pouvait donc pas conclure simplement à l'absence d'incompatibilité médicale sans examiner plus avant cette question.

bb) Sur le plan psychiatrique, aucun diagnostic invalidant n'avait été retenu au terme du rapport d'expertise psychiatrique du 22 octobre 2012. Seuls une dysthymie et un trouble douloureux somatoforme

persistant avaient été posés comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. En effet, l'expert avait considéré que l'intensité des troubles semblaient similaires à ceux existant dans l'expertise du COMAI de juin 1999, mais qu'en appliquant les nouveaux critères jurisprudentiels en vigueur lors de l'expertise de 2012, on ne pouvait envisager un aspect incapacitant de cette symptomatologie douloureuse. Dans le cadre de la nouvelle demande de prestations déposée le 15 juillet 2015, ni la recourante, ni les médecins consultés n'invoquent de nouveau diagnostic ou une aggravation d'un diagnostic existant qui aurait un effet sur la capacité de travail de celle-ci. Partant, il n'y a pas de raison de s'écarter de l'avis de l'expert L._____, lequel avait considéré que la capacité de travail de la recourante était de 100% dans toute activité, en ce qui concerne le volet psychiatrique.

c) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 139 V 99 consid. 1.1 ; 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

En l'absence d'une appréciation médicale exhaustive tenant compte de l'ensemble des atteintes à la santé présentées par la recourante, il se justifie de procéder à un complément d'instruction. Il convient, par conséquent, de renvoyer la cause à l'office intimé, autorité à qui il incombe en premier lieu d'instruire conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA), afin qu'il mette en œuvre une expertise rhumatologique conforme aux exigences découlant de l'art. 44 LPGA,

permettant d'apprécier la gravité des atteintes, en particulier en ce qui concerne l'épaule gauche et la spondylarthropathie, ainsi que les répercussions de celles-ci sur la capacité de travail de la recourante. Il appartiendra à l'intimé de rendre ensuite une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante et, notamment, de procéder au calcul du revenu avec invalidité en tenant compte d'une activité véritablement adaptée, étant précisé que l'activité de patrouilleuse scolaire n'existe qu'à un taux très partiel, compte tenu de l'horaire scolaire, et ne peut donc que constituer une activité accessoire.

7. En définitive, le recours doit être admis et la décision litigieuse annulée, la cause étant renvoyée à l'office intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

8. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis, première phrase, LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

b) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 1'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 24 janvier 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction puis nouvelle décision au sens des considérants.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Z. _____ la somme de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Procap Suisse, Service juridique (pour Z. _____),
 - 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 :