

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 septembre 2014

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : Mme Thalmann et M. Métral
Greffière : Mme Barman Ionta

Cause pendante entre :

S._____, à [...], recourante, représentée par Me Paul-Arthur Treyvaud,
avocat à Yverdon-les-Bains,

et

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

Art. 4 et 28 LAI ; 87 RAI

E n f a i t :

A. a) S. _____ (ci-après : l'assurée), ressortissante bosniaque née en 1957, en Suisse depuis 1988, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 26 septembre 2002, sollicitant l'octroi d'une rente. Sans formation professionnelle, elle a travaillé comme ouvrière de production chez [...] SA depuis le 12 juin 1990 jusqu'au 30 septembre 2002, date de son licenciement pour maladie de longue durée. Le 15 octobre 2002, l'assurance-maladie perte de gain (C. _____) a adressé son dossier médical à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI).

Dans sa demande de prestations de l'assurance-invalidité, l'assurée a fait état de problèmes au dos, au bras droit et au côté droit en général. Dans un rapport médical du 24 octobre 2002 adressé à l'OAI, le médecin traitant, le Dr K. _____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de lombosciatalgies droites sur hernie discale L4-L5 avec conflit radiculaire L4-L5 à droite, de cervicalgies, de tendinite du sus-épineux à droite, d'état anxio-dépressif et d'obésité. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu une hypertension artérielle. Il a attesté une incapacité de travail de 50% dès le 5 novembre 2001 pour une durée indéterminée, dans l'activité exercée jusqu'alors.

Dans un rapport du 31 octobre 2002, le Dr B. _____, spécialiste en rhumatologie, a posé le diagnostic affectant la capacité de travail de tendinite du sus-épineux droit avec calcifications, existant probablement depuis le début de l'année 2002. Il a considéré que l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible momentanément. Il a indiqué que l'évolution était stationnaire et que l'assurée devrait probablement récupérer complètement à terme de la symptomatologie à l'épaule.

Interpellé par l'OAI, le Dr J. _____, médecin-chef au Centre thermal [...], a relevé qu'indépendamment du syndrome douloureux

chronique hémicorporel droit et des lombalgies avec sciatalgies chroniques sur discopathie L5-S1, il était frappé par le fait que l'assurée n'utilisait pas son membre supérieur droit. Considérant qu'il était difficile de se faire une idée précise de l'évolution de la patiente, il pensait qu'une expertise était indiquée.

Le 12 juillet 2004, un examen clinique bidisciplinaire a été réalisé au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR). Dans leur rapport du 15 juillet suivant, les Drs X._____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, et I._____, psychiatre, ont posé les diagnostics suivants :

« Avec répercussion sur la capacité de travail :

- Lombosciatalgies D chroniques persistantes (M 51.1) :
 - o Notion de hernie discale L4-L5 D
- PSH [périarthrite scapulo humérale] D chronique

Sans répercussion sur la capacité de travail :

- Excès pondéral (BMI 34,5) »

Sous l'intitulé « Appréciation consensuelle du cas », ils se sont exprimés notamment comme suit :

« L'examen neurologique est difficile à apprécier. L'hypoesthésie de tout l'hémicorps D ne respectant aucun dermatome, sans signe pyramidal et sans altération du réflexe cornéen ne peut être considérée que comme une hypoesthésie fonctionnelle, ainsi que l'avait déjà relevé le Prof. [...] en son temps. Un éventuel manque de force dans le MID est difficile à attester. Certes, l'assurée ne collabore pas très bien au testing musculaire mais cet examen fait apparaître passablement d'incohérences; elle est en particulier capable de marcher sur la pointe du pied et sur le talon à D, certes à contre-cœur mais ne développe, quelques minutes plus tard, lors du testing analytique, qu'une force insignifiante distalement au MID, force qui serait incompatible avec une marche, même incomplète, sur la pointe du pied et sur le talon. Il existe certes une discrète diminution de périmètre harmonieuse de tout le MID par rapport au G mais il n'y a aucune amyotrophie du muscle pédieux. En l'absence en outre de toute anomalie au niveau des réflexes, on peut affirmer qu'il n'existe pas de déficit radiculaire sensitivo-moteur objectif au MID.

Ceci est à rapprocher des signes comportementaux de non organicité qui ont été relevés dans le status. A ce titre, il existe

comme déjà mentionné, une hypoesthésie non explicable anatomiquement de tout l'hémicorps D, la manœuvre de Lasègue ne peut pas être réalisée car l'assurée s'y oppose avec véhémence, il existe une importante majoration des douleurs lombaires lors de la percussion axiale discrète du tronc et lors de la pseudo-rotation de celui-ci. Il existe finalement une discordance importante entre la DDS et la distance doigt-orteil mesurée au bord du lit d'examen. Les particularités du status neurologique sont donc à intégrer dans ce contexte.

Au plan ostéoarticulaire, l'examen est également difficile. Au MSD, l'assurée annonce des douleurs importantes de la région de l'épaule qui outrepassent d'ailleurs largement le domaine de l'articulation, puisqu'elle signale des douleurs extrêmement violentes lorsque l'on pose simplement le stéthoscope dans la région thoracique antérieure D. Comme mentionné plus haut, il est difficile d'affirmer qu'il n'y a pas d'amyotrophie du moignon de l'épaule D, compte tenu de l'obésité mais la palpation ne fait vraiment pas apparaître d'hypotonie particulière dans la région du sus-épineux ou du sus-épineux par exemple. La mobilité active de l'épaule D est extrêmement limitée, la mobilité passive est légèrement meilleure. On obtient, lorsque l'épaule est maintenue à 90° d'abduction, une rotation externe/interne normale à D, ce qui permet d'exclure l'hypothèse d'une capsulite rétractile. En revanche, la mobilité est clairement limitée lors du mouvement de flexion, et surtout d'abduction, entraînant alors précocement l'omoplate, ce qui peut faire penser qu'il existe un conflit sous-acromial.

Les RX standard pratiquées le 14.07.2004 sont rassurantes. Les constatations au niveau cervical sont banales. Au niveau lombaire, il existe des troubles statiques tout à fait mineurs et une probable anomalie transitionnelle sans aucune conséquence biomécanique. Les clichés de l'épaule sont normaux ddc, (ce qui n'exclut pas le diagnostic de conflit sous-acromial) mais sans calcification (la grosse calcification visible préalablement s'est tout à fait résorbée) ou anomalie morphologique de l'acromion.

En résumé, même s'il existe incontestablement une atteinte documentée au niveau lombaire et au niveau de l'épaule droite, l'ensemble des plaintes présentées par cette assurée dépasse ce qui est explicable biomécaniquement et contraint à admettre une importante part d'amplification des plaintes.

Les pathologies recensées au niveau lombaire et au niveau de l'épaule D justifient des limitations fonctionnelles mais le respect de celles-ci permet de définir des activités professionnelles compatibles.

[...]

Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de symptômes en faveur d'un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant ni de limitations fonctionnelles psychiatriques. Dès lors, nous n'avons pas retenu d'incapacité de travail sur le plan médico-juridique.

En l'absence d'un véritable sentiment de détresse qui fait partie du syndrome douloureux persistant, nous n'avons pas retenu ce diagnostic.

Sur la base de notre observation clinique psychiatrique, l'assurée ne souffre d'aucune comorbidité psychiatrique à la pathologie somatique et sa capacité de travail exigible est entière dans toute activité.

Les limitations fonctionnelles sont les suivantes :

A) Rachis lombaire : nécessité de pouvoir alterner une fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 8 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc.

B) Epaule D : pas de travail se faisant à plus de 60° de flexion et/ou d'abduction de l'épaule D, pas de travail impliquant le soulèvement de charges, avec le MSD tendu, d'un poids excédant 5 kg.

Les limitations fonctionnelles psychiatriques : pas de limitation fonctionnelle psychiatrique.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ? 17.08.2001 selon le récapitulatif des incapacités de travail transmis par la C. _____ par son document du 15.10.2002.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? Depuis lors, d'après ce que l'assurée nous dit, il n'y a guère eu de modification de sa capacité, respectivement incapacité de travail. Il semble approprié de suivre le Dr B. _____ dans sa reconnaissance d'un arrêt de travail de 100% en août-septembre 2002, en raison de l'aggravation de la problématique au niveau de l'épaule D. Depuis lors toutefois, soit en gros depuis la fin de l'année 2002, la capacité de travail théorique de cette assurée est de l'ordre de 100% dans une activité adaptée telle que définie plus haut.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est, en l'absence de comorbidité psychiatrique dûment documentée, tributaire exclusivement des problèmes somatiques présentés par cette assurée. Comme cela a été mentionné plus haut, les problèmes qui peuvent objectivement être reconnus comme limitatifs quant à la capacité de travail ont été dûment recensés et les limitations fonctionnelles qu'ils déterminent ont également été clairement détaillées. La grande majorité des plaintes annoncées est donc à mettre sur le compte d'une amplification des plaintes, sans substrat somatique et sans psycho-pathologie sous-jacente; il n'y a donc pas à en tenir compte. Ainsi, une capacité de travail respectant les limitations fonctionnelles mentionnées est exigible à 100%. En revanche, compte tenu des pathologies en présence et des limitations fonctionnelles y relatives, l'activité que l'assurée exerçait dans l'entreprise [...] n'est pas exigible à un taux significatif.

CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE :

Dans l'activité habituelle : 20%

Dans une activité adaptée : 100% »

L'OAI a requis un nouvel avis des médecins traitants. Le Dr B. _____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée était resté stationnaire, que la prise en charge thérapeutique était « rendue très difficile par une collaboration très insuffisante de la patiente aussi bien dans les traitements actifs que lors de la physiothérapie, ou de rééducation » et a estimé la capacité de travail à 50% depuis le 1^{er} octobre 2004 dans une activité ménageant la préhension, les mouvements répétitifs et l'utilisation régulière du membre supérieur droit (rapport du 8 décembre 2004). Mentionnant également un état de santé stationnaire, le Dr K. _____ a posé les mêmes diagnostics que précédemment, ajoutant celui de périarthropathie de l'épaule droite, et évalué la capacité de travail entre 40 et 50% dans l'activité précédente dès le 1^{er} octobre 2004 (rapport du 14 décembre 2004). La Dresse F. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant depuis le 6 décembre 2004, a fait part d'un état anxio-dépressif sévère justifiant une incapacité de travail totale quelle que soit l'activité (rapport du 28 février 2005). Interpellée par le SMR, elle a précisé que l'état de santé psychique de l'assurée était « resté invariablement mauvais depuis 2002 » (courrier du 20 avril 2005).

b) Par décision du 9 août 2005, l'OAI a dénié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité. Malgré la présence d'une atteinte somatique, il a considéré que l'intéressée conservait la capacité d'exercer une activité adaptée à plein temps et, vu la comparaison faite entre ses revenus avant (40'066 fr.) et après (40'620 fr.) la survenance de l'atteinte à la santé, elle ne subissait aucun préjudice économique. La présence d'une atteinte psychiatrique a été écartée. L'OAI fondait son argumentation principalement sur le rapport d'examen bidisciplinaire du SMR du 15 juillet 2004.

L'assurée s'est opposée à cette décision, alléguant souffrir d'une dépression grave, de sorte qu'elle était totalement incapable d'exercer une activité professionnelle.

Procédant à des mesures d'instruction dans le cadre de l'opposition, l'OAI a requis l'avis de la Dresse F._____. Dans un rapport du 31 janvier 2007, cette praticienne a confirmé l'existence d'un trouble dépressif récurrent depuis 2001, avec un épisode actuel sévère, évoquant des facteurs contextuels (conflit avec la gérance pour loyers en retard, suicide d'un membre de sa belle-famille).

Un examen psychiatrique a eu lieu le 9 janvier 2008 au SMR. Dans son rapport du 25 janvier suivant, la Dresse T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, retenait un syndrome douloureux somatoforme persistant évoluant en sinistrose (F45.4) et des troubles de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21) chez une personnalité avec traits dépendants (F60.7) ; ces diagnostics étaient sans répercussion sur la capacité de travail. Il n'existait aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique. La Dresse T._____ ajoutait « [qu']il serait indiqué que l'assurée reprenne une activité professionnelle adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques afin qu'elle puisse s'éloigner de ce processus d'invalidation ».

L OAI a confirmé le refus de rente par décision sur opposition du 20 mars 2008. Il a pour l'essentiel retenu ce qui suit :

« Par décision du 9 août 2005, nous vous avons dénié le droit à une rente d'invalidité aux motifs que, malgré la présence d'une atteinte somatique, vous conserviez la capacité d'exercer une activité adaptée à plein temps et que, comparaison faite entre vos revenus avant et après survenance de l'atteinte à la santé, vous ne subissiez aucun préjudice économique. La présence d'une atteinte psychiatrique avait été écartée. Notre position reposait principalement sur l'examen bidisciplinaire pratiqué par le Service médical régional AI (SMR).

Vous vous y êtes opposé, contestant exclusivement l'appréciation de votre état psychiatrique. A l'appui de votre opposition, vous mentionnez la divergence existant entre l'appréciation du SMR et celle de la Dresse F._____, votre psychiatre traitant, puis évoquez une vraisemblable nette aggravation de votre état de santé intervenue entre votre examen au SMR et le moment où le rapport de la Dresse F._____ a été rédigé. Vous concluez à l'octroi d'une rente entière ou à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique.

A la suite de votre opposition, des renseignements médicaux complémentaires et actualisés ont été requis de la part de votre psychiatre traitant. Cette dernière, dans son rapport du 12 février 2007, mentionne une aggravation de votre état de santé. En outre, elle indique que votre état de santé, respectivement votre intolérance au stress, vous place dans l'incapacité d'exercer une activité lucrative, quelle qu'elle soit et à quel taux que ce soit, depuis 2001.

Un examen clinique psychiatrique a ultérieurement été mis en œuvre, pratiqué par le SMR. De son rapport, déposé le 25 janvier 2008, nous retenons qu'aucun trouble dépressif, à caractère invalidant au sens de l'AI, n'a pu être observé. Le SMR dénote par ailleurs un phénomène de majoration des symptômes. Au plan professionnel, il considère que votre état de santé psychiatrique a toujours été compatible avec l'exercice d'une activité lucrative à 100%. A relever que l'appréciation faite par le SMR, au terme de son examen initial, s'en trouve ainsi confirmée.

[...]

Sur la base de l'appréciation portée par le SMR, relativement à votre état de santé psychiatrique et somatique, cette dernière n'étant au demeurant pas contestée, nous considérons que vous disposez effectivement d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, soit qui vous permette l'alternance des positions une fois par heure, qui ne requière pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 8 kg, de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg, de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc (rachis lombaire), ainsi que pas de travail se faisant à plus de 60° de flexion et/ou d'abduction de l'épaule droite, pas de travail impliquant le soulèvement de charges, avec le bras droit tendu, d'un poids excédant 5 kg.

S'agissant de la détermination de votre préjudice économique, et en conséquence de votre degré d'invalidité, contenue dans la décision querellée, elle satisfait aux exigences légales et jurisprudentielles et nous vous y renvoyons pour le surplus. Au demeurant, vous ne la critiquez pas.

En conclusion, la décision querellée du 9 août 2005 doit être intégralement confirmée. »

c) S._____ a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 28 avril 2008. Au terme d'une appréciation de l'ensemble des avis médicaux versés au dossier, et après interpellation des médecins traitants par le juge instructeur, la Cour a estimé qu'il y avait lieu de retenir que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, la recourante présentait, du point de vue rhumatologique, une capacité de travail entière depuis décembre 2002 et, du point de vue psychiatrique, une capacité de travail entière depuis toujours. Cela étant,

elle a partiellement admis le recours de S._____ et réformé la décision du 20 mars 2008 en ce sens que l'OAI devait verser à l'assurée une demi-rente d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 57%, depuis le 1^{er} août 2002, et une rente entière d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 100%, depuis le 1^{er} novembre 2002 jusqu'au 31 mars 2003 (arrêt du 17 novembre 2010, cause AI 207/08 - 448/2010). Elle a considéré ce qui suit :

« [...] au vu du fait que le début de l'incapacité de travail remonte au 17 août 2001, selon les indications contenues dans le dossier de la C._____, et que la capacité de travail de 100% dans une activité adaptée est exigible, selon le SMR, dès le 1^{er} décembre 2002, il convient dès lors d'examiner le droit à une rente limitée dans le temps, comme l'a fait l'OAI dans sa proposition en procédure.

Etant donné les périodes et les taux indemnisés par la C._____ du 17 août 2001 au 17 août 2002, il existe une incapacité moyenne pour une année de 57%. Contrairement à la décision entreprise, il convient dès lors de reconnaître le droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} août 2002 (taux d'invalidité de 57%). Ensuite, au vu de l'incapacité totale de travail attestée à cette période, le droit à une rente entière doit être admis dès le 1^{er} novembre 2002, soit à l'issue du délai de trois mois prévu à l'art. 88a al. 2 RAI (taux d'invalidité de 100%). Cette rente doit finalement être supprimée le 31 mars 2003 (art. 88a al. 1 RAI), dès lors qu'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée est reconnue depuis décembre 2002. »

B. a) S._____ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité le 17 octobre 2011. Elle indiquait quant au genre de l'atteinte un état dépressif faisant suite à ses douleurs au côté droit, principalement dans le haut du corps (tête, épaule, nuque, bras, dos, jambe).

L'OAI l'ayant invitée à rendre vraisemblable une aggravation de son état de santé, l'assurée lui a transmis un certificat médical établi le 15 novembre 2011 par le Dr B._____. Le rhumatologue faisait état d'une évolution péjorée par l'apparition d'une cervicarthrose occasionnant des douleurs irradiant dans le bras droit et la région inter-scapulaire ainsi que d'un syndrome fibromyalgique prédominant du côté droit. Il précisait que l'assurée était au bénéfice d'un traitement anti-inflammatoire continu, au long cours, avec une évolution lentement défavorable.

Dans un rapport du 17 novembre 2011 adressé à l'OAI, le Dr K._____ a mentionné une aggravation de l'état de santé sur le plan physique et psychique depuis 2010. L'assurée présentait des douleurs aux épaules - plus fortes à droite où des infiltrations de corticoïdes avaient été effectuées mais sans amélioration de la symptomatologie -, une diminution de la mobilité des épaules, des cervico-dorso-lombalgies avec une rigidité du rachis limitant sa mobilité et l'empêchant de rester longtemps en position assise ou debout, un diabète de type II traité et une aggravation de son état anxio-dépressif. L'incapacité de travail était totale et le pronostic défavorable.

Dans un courrier adressé au médecin-conseil de l'OAI le 28 novembre 2011, la Dresse F._____ posait le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F33.2), existant depuis 2001 et dont les symptômes s'étaient aggravés à partir de 2010. L'assurée avait développé un anhédonisme total en raison des fortes douleurs chroniques et d'une péjoration de l'état de santé de son époux dont elle s'occupait toute la journée. Elle souffrait d'une angoisse constante, dans un contexte d'oppressions thoraciques, avec le sentiment de voir survenir quelque chose de négatif d'un moment à l'autre, pleurait des temps très longs, se repliait sur elle-même, ne parlait pratiquement plus avec son mari et ses enfants - phénomène similaire lors de ses consultations -, et ne communiquait avec personne hormis sa famille. L'incapacité de travail était considérée comme totale eu égard à la péjoration de l'état psychique.

Dans le cadre de l'instruction du cas, l'OAI a prié les médecins précités de lui adressé un rapport médical détaillé.

Le 16 janvier 2012, le Dr K._____ a confirmé l'aggravation de l'état de santé sur le plan physique et psychique, la présence de cervico-dorso-lombalgies et de douleurs aux épaules des deux côtés. L'incapacité de travail était totale dans l'activité exercée et les restrictions étaient

décrites ainsi : « état dépressif et anxieux ; céphalées, manque de concentration, cervico-dorso-lombalgies ».

Le 20 janvier 2012, le Dr B._____ a posé les diagnostics de tendinite du sus-épineux droite calcifiante et de canal lombaire rétrécit principalement L4-L5 associé à une discopathie pluri-étagée lombaire, affectant la capacité de travail ; une obésité et un trouble de l'adaptation étaient diagnostiqués comme sans répercussion sur la capacité de travail. L'assurée présentait depuis 2002 une péri-arthropathie de l'épaule droite avec difficulté de mobilité de l'épaule, diminution de la force et douleurs ; depuis fin 2009, ces douleurs s'étaient étendues à la colonne cervicale droite principalement, avec irradiations dans les trapèzes, et apparaissaient au niveau lombaire, avec prédominance du côté droit ; il n'y avait pas d'irradiation dans les membres inférieurs ni déficit. Selon le Dr B._____, le port de charges et les mouvements penchés en avant exacerbaient probablement les douleurs. Il ne se prononçait toutefois pas sur la capacité de travail mais relevait que les activités ménagères pouvaient être effectuées au rendement habituel. Il joignait des rapports d'examens radiologiques de février et mars 2011, révélant de fines calcifications en projection du tendon du sus-épineux de l'épaule droite, l'absence de lésions dégénératives significatives au niveau de la colonne cervicale et, au niveau lombaire, un canal étroit acquis en L4-L5, sur étalement discal et hypertrophie des massifs articulaires et des ligaments jaunes, ainsi qu'un étalement discal postérieur L5-S1, qui, sur la gauche, pouvaient éventuellement entrer en contact avec la racine S1.

Le 23 janvier 2012, la Dresse F._____ a confirmé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, existant depuis 2001 et s'aggravant depuis 2010, et l'impossibilité de reprendre une quelconque activité. Elle a rappelé le contenu de son courrier du 28 novembre 2011 et fait état, sous « constat médical », d'un fort abaissement de l'humeur, d'une perte de la joie de vivre et d'intérêt, d'une chute de l'énergie, de problèmes de concentration et d'attention, d'une perte de confiance en soi, d'une peur de l'avenir, de troubles du

sommeil et d'états d'angoisse avec symptômes physiques, surtout des oppressions thoraciques.

L'assurée a été convoquée en automne 2012 au Centre d'Expertise Médicale de Nyon (ci-après : CEMed). Une expertise pluridisciplinaire a été réalisée, en présence d'un traducteur, par les Drs M._____, spécialiste en médecine interne générale, R._____, spécialiste en rhumatologie, médecine physique et réadaptation, et L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport du 30 novembre 2012, consécutif aux examens cliniques pratiqués les 19 septembre et 3 octobre 2012 ainsi qu'à l'étude du dossier médical de l'expertisée, les experts ont apprécié la situation notamment comme suit :

« Situation actuelle et conclusions :

Sur le plan de la médecine interne, il y a peu de plaintes, Madame S._____ présente des problèmes d'hypertension artérielle et de diabète. Le status ne montre rien de particulier, hormis une obésité de classe II.

Il n'a pas de motif à incapacité de travail.

Sur le plan rhumatologique, Madame S._____ présente un tableau clinique de douleurs chroniques diffuses touchant l'ensemble du rachis et des extrémités, évoquant en premier le diagnostic de fibromyalgie (versus syndrome somatoforme douloureux persistant). En effet, elle présente tous les critères de l'ACR [American College of Rheumatology], à savoir des douleurs chroniques du rachis et des extrémités associées à 18/18 points d'insertionite de Smith.

Les symptômes associés, soit un état de fatigue permanent, des troubles du sommeil avec un sommeil non réparateur et des troubles cognitifs, sont également présents. Toutefois, certains éléments dépassent le cadre d'un syndrome fibromyalgique, faisant suspecter une certaine amplification des douleurs. En effet, lors de l'expertise, on observe une personne marchant de façon harmonieuse, sans signe de douleur et sans boiterie antalgique. De plus, durant l'entretien, l'expertisée reste assise plus de 45 min. sans manifester de douleurs. Le déshabillage et l'habillage sont effectués sans limitation, toutefois de façon un peu laborieuse. Subitement, lors de l'examen clinique, Madame S._____ devient extrêmement démonstrative, avec des contre-pulsions et des retenues empêchant toute évaluation correcte des amplitudes articulaires, que ce soit au niveau des membres inférieurs, des membres supérieurs ou du dos. La palpation superficielle, même l'effleurement du corps, est décrite comme douloureuse, avec de nombreux jump signs. L'incapacité à se coucher sur le dos, même quelques secondes, n'a aucune justification médicale.

Dès lors, il est impossible d'évaluer cliniquement les endroits où le dossier mentionne des atteintes objectives, à savoir l'épaule droite et la région lombaire. On ne peut se baser que sur les examens radiologiques. Ceux-ci sont plutôt rassurants. En effet, les radiographies standards de l'épaule droite ne montrent qu'une petite calcification en sur-projection du tendon du sus-épineux, compatible avec une tendinopathie calcifiante - il existait déjà une calcification à ce niveau sur les radiographies du 14.08.2002 -. Cet examen a été complété par une échographie de l'épaule (14.03.2011) qui confirme une tendinopathie calcifiante modérée avec une composante de bursite sous-acromiale (qui a été infiltrée lors de l'examen). Il existe également des troubles dégénératifs modérés de l'acromio-claviculaire. Cette articulation a été également infiltrée lors de l'échographie. Au niveau du rachis lombaire, les radiographies ne montrent qu'une discrète déshydratation discale étagée, sans discopathie importante, avec des protrusions discales plutôt modérées en L4-L5 et L5-S1, sans conflit discoradiculaire. Il existe effectivement un rétrécissement modéré du canal lombaire au niveau L4-L5, dû à un épaississement des ligaments jaunes et à une arthrose des facettes articulaires. Ces anomalies radiologiques sont cependant modérées et n'expliquent aucunement l'intensité et le caractère handicapant des douleurs, avec limitation de toutes les amplitudes du rachis, autant dorsal que lombaire ; elles n'expliquent pas non plus la palpation diffusément sensible de l'ensemble du dos. Enfin, au niveau de la nuque, il n'y a aucune pathologie ostéoarticulaire significative.

Dès lors, on ne peut retenir aucun élément objectif indiquant une aggravation de l'état de santé par rapport à 2002 ou 2003.

Concernant l'évaluation des capacités fonctionnelles et professionnelles, la présence d'une pathologie chronique modérée de la coiffe des rotateurs avec arthrose acromio-claviculaire peut justifier une limitation dans toutes les activités nécessitant des mouvements d'élévation ou d'abduction du bras au-dessus de l'horizontale, avec ou sans port de charge ; il faut également éviter les mouvements répétitifs du bras qui sur-sollicitent l'épaule (travail à la chaîne).

Concernant le dos, les lombalgies modérées, sur discrète protrusion discale (L4-L5 et L5-S1) avec canal étroit secondaire modéré au niveau L4-L5, justifient des limitations dans les activités en position debout prolongée, nécessitant le port de charges modérées à lourdes (>15 kg) de façon répétitive ainsi que des mouvements répétitifs en flexion/rotation ou en extension du tronc.

Dans toute activité respectant ces limitations, la capacité de travail reste entière.

Sur le plan psychique, Madame S._____ se plaint d'une symptomatologie mixte, dépressive et anxieuse. Concernant les symptômes dépressifs, nous relevons : tristesse, anhédonie, inappétence, trouble du sommeil, asthénie, mauvaise estime de soi, trouble de la concentration, pessimisme. La symptomatologie anxieuse comprend : crises de panique deux fois/semaine - d'une durée de 2 à 3 heures chacune -, l'impossibilité de sortir seule, le besoin d'une présence en permanence, des inquiétudes constantes.

L'expertisée met également en avant une symptomatologie de stress post-traumatiques, souvenirs répétitifs, cauchemars, angoisse lors de l'exposition à des images de guerre, évitement de tout ce qui a rapport avec ce sujet, restriction des affects.

La symptomatologie anxieuse et celle d'un état de stress post-traumatique n'ont pas été mentionnées dans l'évaluation psychiatrique du SMR en 2008.

[...] par rapport à l'évaluation psychiatrique au SMR de janvier 2008, nous relevons une symptomatologie évoquant des crises de panique ainsi qu'une symptomatologie d'état de stress post-traumatique, absentes en 2008. La symptomatologie dépressive semble identique à celle décrite en 2008 ; par contre, l'expertisée relate actuellement une vie sociale et des activités quotidiennes moins riches que celles décrites il y a quatre ans. Notre examen psychiatrique montre un ralentissement psychomoteur et des troubles attentionnels modérés, non décrits par la Dresse T._____.

En plus des discordances sur l'anamnèse familiale relevées ci-dessus, nous relevons plusieurs incohérences dans le cas de cette expertise :

- Il serait surprenant qu'une symptomatologie évoquant un état de stress post-traumatique se soit développée après 2008, alors que les événements à l'origine de ces plaintes datent de 1995.
- Le dosage de l'antidépresseur apporte un argument fort pour la non observance du traitement médicamenteux.
- Il y a un doute quant à la réalité du suivi psychiatrique annoncé.
- L'expert interniste de la présente expertise a examiné une personne bien orientée et vive, donc sans ralentissement psychomoteur.
- Madame S._____ parle, ou du moins comprend le français, mieux qu'elle ne le laisse entendre.

Si nous nous appuyons uniquement sur l'observation clinique, il ne reste que de discrets signes dépressifs, compatibles, au vu de l'évolution chronique des symptômes (depuis 2000), avec un trouble dysthymique (F34.1). Ce trouble thymique est en lien avec un trouble douloureux somatoforme persistant (F45.4) : l'examen rhumatologique ne peut expliquer les douleurs diffuses dont se plaint l'expertisée, il met en évidence une certaine attitude démonstrative dans l'expression des douleurs, il existe des facteurs psychosociaux associés à ces plaintes. Sur le plan anxieux, Madame S._____ ne montre aucun signe d'anxiété durant l'entretien, même lorsqu'elle évoque les différents événements qui, dit-elle, l'ont traumatisée. Nous pouvons tout au plus, en nous basant sur des éléments anamnestiques, évoquer un possible diagnostic de trouble panique (F41.0). D'ailleurs, elle dit avoir peur des ascenseurs, mais les utilise tout de même.

D'après nos constatations, ces troubles ne sont pas à l'origine de limitations fonctionnelles. Il n'existe pas d'incapacité de travail de longue durée d'origine psychiatrique. A ce niveau, notre évaluation ne diffère pas de celle de la Dresse T._____ en 2008.

Conclusions générales :

L'état de santé de Madame S. _____ ne s'est objectivement pas aggravé depuis novembre 2009. Sur le plan somatique, il n'y a pas de cervicarthrose et la pathologie de l'épaule droite est présente de longue date.

Sur le plan psychique, malgré l'absence de médication antidépressive et, dans les mois précédant l'expertise, de suivi psychiatrique, il n'existe qu'une dysthymie secondaire au syndrome douloureux.

Concernant les critères de sévérité de la jurisprudence, nous constatons qu'il n'y a pas d'affection corporelle chronique ni d'échec des traitements puisque, en tout cas pour l'antidépresseur, la compliance est douteuse. L'évaluation des autres critères repose surtout sur l'anamnèse, en l'occurrence peu fiable. D'après le dernier rapport de la Dresse F. _____ à l'AI, sa patiente s'occuperait toute la journée de son époux, dont l'état de santé s'est aggravé. »

Les experts ont en outre répondu à un certain nombre de questions, notamment les suivantes :

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

- Tendinopathie calcifiante modérée du sus-épineux avec arthrose acromio-claviculaire droite (2002)
- Lombalgies modérées : discrètes protrusions discales L4-L5 et L5-S1 et canal lombaire étroit secondaire modéré en L4-L5, sans conflit disco-radulaire (2000).

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

- Trouble dysthymique (F34.1) (2000)
- Trouble douloureux somatoforme persistant (F45.4) (2000)
- Possible trouble panique (F41.0)
- Hypertension artérielle
- Diabète type II
- Obésité de classe II

[...]

B. Influences sur la capacité de travail

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

Sur le plan physique

L'atteinte chronique de la coiffe des rotateurs à droite justifie une limitation dans des activités nécessitant une élévation du bras au-dessus de l'horizontal de façon répétitive, avec ou sans port de charge ainsi que des mouvements répétitifs de l'épaule (travail à la chaîne). L'atteinte modérée du rachis lombaire peut justifier des limitations dans des activités contraignantes, telles que le port

répété de charges de plus de 15 kg et les mouvements répétitifs du tronc en flexion, extension ou rotation.

Sur le plan psychique et mental
Aucune.

Sur le plan social
Aucune.

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

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

On peut estimer que les limitations décrites ci-dessus limitent son ancienne activité professionnelle d'ouvrière d'usine, si cette activité ne les respecte.

Il faudrait une description précise du poste de travail pour une évaluation plus précise.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

L'ancienne activité professionnelle d'ouvrière en usine paraît peu compatible avec les limitations ci-dessus. La capacité de travail résiduelle avait été estimée à 20% par le SMR en 2004.

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

Non, elle est déconseillée.

[...]

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

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

[...]

Théoriquement oui, mais probablement vouées à l'échec en raison de facteurs comportementaux (attitude démonstrative, non compliance, fixation sur les douleurs) et non médicaux (sociaux surtout). »

Dans un avis du 7 décembre 2012, le SMR a repris les diagnostics, limitations fonctionnelles et conclusions sur la capacité de travail exigible et sur les mesures professionnelles tels que figurant dans le rapport d'expertise du 30 novembre 2012.

b) Le 6 février 2013, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans le sens d'un refus de rente d'invalidité et de mesures d'ordre professionnel, dont il résultait notamment ce qui suit :

« Résultat de nos constatations :

Madame S._____ a déposé une nouvelle demande de prestations le 17 octobre 2011.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, une expertise pluridisciplinaire rhumatologique, psychiatrique et de médecine interne a été effectuée par le Centre d'Expertise Médicale CEMed à Nyon les 19 septembre et 3 octobre 2012.

D'après les renseignements médicaux en notre possession, [Mme S._____] souffre, entre autre, d'un trouble douloureux somatoforme.

Selon l'expertise pluridisciplinaire du CEMed, Mme S._____ ne présente pas de comorbidité psychiatrique à son trouble somatoforme douloureux.

Sur le plan juridique, on doit donc nier qu'une mise en valeur de sa capacité de travail ne puisse plus être exigée à 100%.

Son trouble somatoforme douloureux ne constitue donc pas une atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI.

L'expertise du CEMed se base sur des examens complets, prend en compte les plaintes exprimées et décrit clairement le contexte médical. Ses conclusions sont claires, exemptes de contradictions et dûment motivées. Cette expertise a dès lors pleine valeur probante.

En ce qui concerne les autres atteintes à la santé, si votre mandante n'est pas en mesure d'exercer son activité antérieure d'ouvrière en agro-alimentaire, une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée, sans élévation du bras droit au-dessus de l'horizontale, sans mouvement répétitif de l'épaule, sans port de charge de plus de 15 kg et sans mouvement en flexion/extension/rotation du tronc, doit être reconnue.

Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, Mme S._____ est en mesure d'obtenir, selon les données statistiques ESS, un revenu équivalent au salaire qu'elle obtiendrait dans son activité antérieure d'ouvrière chez [...], CHF 47'800.00.

En l'absence de préjudice économique, le droit à la rente et aux mesures d'ordre professionnel n'est pas ouvert. »

L'assurée a fait part à l'OAI de ses observations sur ce projet le 12 avril 2013, singulièrement a mis en en doute la valeur probante de l'expertise du CEMed, empreinte, selon elle, de contradictions. Alors que les experts retenaient un tableau clinique de douleurs chroniques diffuses, notamment sur l'ensemble du rachis et des extrémités, ainsi que des symptômes associés (état de fatigue, troubles du sommeil), elle estimait qu'ils se contredisaient en considérant, par la suite, qu'il n'y avait aucun

élément objectif. De même, l'expert psychiatre constatait un affect dépressif avant de nier toute aggravation de son état de santé. L'assurée relevait finalement que ses médecins traitants lui reconnaissaient une incapacité de travail totale.

Dans un avis du 8 mai 2013, le Dr P. _____ du SMR a rappelé les constatations du Dr X. _____, s'exprimant en ces termes :

« [...] l'expert rhumatologue expose que l'assurée présente un tableau de douleurs diffuses, évoquant en premier lieu une fibromyalgie (vs trouble somatoforme). Il décrit les troubles associés aux douleurs : état de fatigue, troubles du sommeil, troubles cognitifs. Il ajoute que certains signes dépassent ce que l'on voit généralement dans le cadre d'une fibromyalgie, lui faisant suspecter une certaine amplification des douleurs. Il s'agit d'un équivalent de ce que la CIM-10 désigne par Majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Cette amplification s'est manifestée au cours de l'examen clinique par une attitude « extrêmement démonstrative, avec des contre-pulsions et des retenues empêchant toute évaluation correcte des amplitudes articulaires. (...). La palpation superficielle, même l'effleurement du corps est décrite comme douloureuse (...). L'incapacité à se coucher sur le dos, même quelques secondes, n'a aucune justification médicale ».

Le tableau décrit, s'ajoutant à la preuve de l'absence de compliance médicamenteuse, est parfaitement conforme avec le diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant finalement retenu.

En l'absence de comorbidité psychiatrique significative et des signes de Meyer-Blaser, ce trouble n'a pas été jugé incapacitant. »

Le 8 juillet 2013, l'assurée a remis à l'OAI un rapport établi le 21 juin 2013 par le Dr H. _____, psychiatre au Centre de psychiatrie et psychothérapie [...], lequel relevait notamment ce qui suit :

« Mme S. _____ vit une véritable affliction et présente une symptomatologie caractéristique d'un trouble dépressif sévère, avec un émoussement des affects, un ralentissement psychomoteur marqué, une perte de l'élan vital, une anhédonie et une importante diminution de la concentration.

Mme S. _____ explique spontanément que tous ses problèmes sont directement liés à ses problèmes physiques ; un syndrome douloureux et une hernie discale de la colonne dorsale diagnostiqués en 2000, et le fait de ne pas être reconnu dans sa maladie ne fait que péjorer son état de santé psychique.

[...]

En dehors du syndrome douloureux aux épaules et du dos, Mme S. _____ se plaint de troubles du sommeil avec cauchemars fréquents. Elle décrit des moments de forte anxiété, avec ruminations. Elle signale des maux de têtes, des douleurs musculaires et une tension nerveuse permanente. Elle se plaint également de fatigabilité, d'une baisse de l'élan vital, d'une perte de la confiance en elle et a du mal à accomplir les activités de la vie quotidiennes.

En somme, la patiente présente une symptomatologie dépressive et anxieuse, qui tend à se péjorer, avec des idées noires et des envies de mourir.

Mme S. _____ peine à accepter son handicap. Elle se sent lésée. Ses douleurs, ressenties plus fortement lorsqu'elle sollicite ses bras, peuvent être également source d'angoisses.

Diagnostic

En termes de diagnostics, nous avons retenu :

- Un trouble dépressif récurrent sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2, selon la CIM 10).
- Un trouble anxieux (F41, selon la CIM 10)
- Un syndrome douloureux chronique

Incapacité de travail actuelle

Au vue de l'évolution de son état de santé psychique, son incapacité de travail est de 100%, de manière durable.

Pronostic

Mme S. _____ ne parvient pas à s'adapter à l'évolution de son état de santé qui ne tend pas à s'améliorer. Les restrictions physiques qu'elle présente et leurs non-reconnaissances ont des répercussions néfastes sur son intégrité psychique.

Son état de santé psychique qui se péjore, nécessitant des réadaptations fréquentes de sa médication, ne laissent pas présager du tout une reprise d'une quelconque activité.

Il serait donc très judicieux de réévaluer le cas de cette patiente, ses ressources et ses limitations réelles, pour qu'elle ne reste pas aux prises avec une situation des plus ambivalentes et pour l'aider à retrouver un semblant de stabilité tant psychique que sociale. »

Par décision du 11 juillet 2013, l'OAI a maintenu son refus de droit aux prestations. Dans une lettre d'accompagnement datée du même jour, il réfutait les arguments de l'assurée relatifs aux éventuelles contradictions des experts, rappelait que l'incapacité de travail totale attestée par les Drs K. _____ et F. _____ depuis 2001 avait été niée par les examinateurs du SMR - ce qui avait été confirmé par la Cour de céans - puis par les experts du CEMed, et constatait l'absence d'élément

objectivement vérifiable dans le rapport du Dr H._____ qui n'aurait pas été retenu par les experts ou qui serait survenu après leur examen.

C. S._____ a déféré la cause à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, par recours du 30 août 2013, concluant à la réforme de la décision litigieuse en ce sens que le droit à une rente entière d'invalidité lui soit reconnu. Elle fait grief à l'intimé de n'avoir retenu « qu'un simple trouble somatoforme douloureux », conteste la valeur probante de l'expertise du CEMed au motif notamment que les experts nient tout élément objectif sur la seule base de radiographies et échographies réalisées à une date que l'on ignore, alors que le SMR « admettait incontestablement une atteinte documentée au niveau lombaire » en juillet 2004, et considère que l'avis des médecins traitants doit être préféré au rapport du SMR (*sic*), ou cas échéant qu'une nouvelle expertise doit être mise en œuvre.

Par décision du 5 septembre 2013, le juge instructeur a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 30 août 2013 et désigné Me Paul-Arthur Treyvaud en qualité d'avocat d'office.

Dans sa réponse du 30 septembre 2013, l'OAI a préavisé pour le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

La recourante n'a pas déposé d'observations complémentaires.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre

lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 69 al. 1 let. a LAI en dérogation à l'art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

En l'occurrence, le recours a été formé en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il convient d'entrer en matière sur le fond.

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

b) En l'espèce, le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé l'OAI à la suite de la nouvelle demande du 17 octobre 2011, singulièrement sur l'existence d'une aggravation de l'état de santé de la recourante de nature à modifier son droit aux prestations d'invalidité.

3. a) Le droit à une rente (art. 28 LAI) comme le droit au reclassement professionnel (art. 17 LAI) supposent que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 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. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens des art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA. Ne sont pas considérées comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 ; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2).

b) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une 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. 3 et 4 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, actuellement art. 87 al. 2 et 3 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3, 125 V 412 consid. 2b, 117 V 200 consid. 4b et les références). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 372 consid. 2b).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (TFA I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.1, TFA I 67/02 du 2 décembre 2003 consid. 2).

Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b ; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2). Dans une telle situation, 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, 130 V 75 consid. 3.2).

4. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

Conformément au principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa

désignation, 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c).

En particulier, 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, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice afin d'éclairer les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb).

Quant aux rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, ils doivent être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient, en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

5. a) En l'espèce, à l'époque de la décision initiale de refus de rente d'invalidité en mars 2008, il a été constaté que la recourante présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis décembre 2002 ; les problèmes pouvant objectivement être reconnus comme limitatifs quant à la capacité de travail n'étaient que d'ordre somatique. Il était fait référence à cet égard aux diagnostics de lombosciatalgies droites chroniques persistantes et de périarthrite scapulo-humérale, posés par le Dr X._____ à l'issue de l'examen clinique bidisciplinaire au SMR en juillet 2004. Aucune atteinte psychiatrique à caractère invalidant n'a été mise en évidence. En janvier

2008, le nouvel examen psychiatrique a confirmé les conclusions qui ressortaient de l'évaluation faite quatre ans plus tôt ; les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant, de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée et de personnalité avec traits dépendants étaient reconnus comme n'affectant pas la capacité de travail. La Cour de céans, saisie de la cause en procédure de recours, a retenu que les médecins interpellés faisaient pour l'essentiel état des mêmes constatations et posaient les mêmes diagnostics.

b) A l'appui de sa nouvelle demande, la requérante fait essentiellement valoir qu'elle souffre d'un état dépressif lié à ses troubles physiques.

Les médecins traitants énoncent une aggravation de l'état de santé somatique et psychique. Ainsi, le Dr K._____ mentionne que la pathologie rachidienne, les douleurs aux épaules et l'état anxio-dépressif présentés par la requérante connaissent une aggravation depuis 2010. Sans se prononcer de manière circonstanciée sur les limitations fonctionnelles ni sur l'exigibilité d'exercer une activité adaptée, il estime que l'incapacité de travail est totale dans l'activité antérieure. Le Dr B._____ fait état d'une évolution péjorée par l'apparition d'une cervicarthrose occasionnant des douleurs irradiant dans le bras droit et la région inter-scapulaire et d'un syndrome fibromyalgique prédominant du côté droit. Dans un rapport détaillé de janvier 2012, il précise que la requérante présente une péri-arthropathie de l'épaule droite depuis 2002, les douleurs s'étant étendues à la colonne cervicale droite dès fin 2009. Il ne se prononce pas clairement sur la capacité de travail, relevant uniquement que les douleurs sont exacerbées par l'activité répétitive du bras droit, probablement le port de charge et les mouvements penchés en avant. La Dre F._____ évoque une aggravation des symptômes depuis 2010 du trouble dépressif récurrent existant depuis 2001. La patiente a développé un anhédonisme total lié, selon la psychiatre, aux douleurs somatiques et à la péjoration de l'état de santé de son époux. Elle présente une hypersensibilité au stress et est limitée dans ses

capacités mnésiques et de concentration. La reprise d'une activité professionnelle est impensable selon la Dresse F._____.

c) Dans leur expertise du 30 novembre 2012, les experts du CEMed constatent que l'assurée présente un tableau clinique de douleurs chroniques diffuses touchant l'ensemble du rachis et des extrémités, évoquant en premier lieu le diagnostic de fibromyalgie, ainsi que des symptômes associés, soit un état de fatigue permanent, des troubles du sommeil et des troubles cognitifs. Ils expliquent que certains éléments dépassent toutefois le cadre d'un syndrome fibromyalgique, faisant suspecter une certaine amplification des douleurs. L'amplification s'est manifestée au cours de l'examen clinique par une certaine attitude démonstrative dans l'expression des douleurs, équivalant, selon le Dr P._____, à ce que la CIM-10 (Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes) désigne par majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Cette amplification a déjà été évoquée dans le cadre de la première demande, notamment dans le rapport d'examen bidisciplinaire du 15 juillet 2004 où le Dr X._____ soulignait l'importante part d'amplification des plaintes présentées par l'assurée.

Cela étant, aux fins de se prononcer sur les atteintes somatiques objectives, les experts se réfèrent aux examens radiologiques effectués en février et mars 2011 figurant au dossier constitué par l'intimé. Les radiographies et échographie de l'épaule droite ont révélé une tendinopathie calcifiante modérée et des troubles dégénératifs modérés de l'acromio-claviculaire. Les radiographies du rachis lombaire ont mis en évidence une discrète déshydratation discale étagée, sans discopathie importante, avec des protrusions discales plutôt modérées en L4-L5 et L5-S1, sans conflit discoradiculaire, et la présence d'un rétrécissement modéré du canal lombaire au niveau L4-L5. Les radiographies de la colonne cervicale n'ont révélé aucune lésion dégénérative significative, aucun pincement discal, aucune uncarthrose évidente ni trouble statique dégénératif. Les experts nient ainsi la cervicarthrose énoncée par le Dr B._____, en l'absence de pathologie

ostéoarticulaire significative au niveau de la nuque. Il appert au demeurant que le constat de cervicarthrose est motivé, aux dires du Dr B._____, non par des éléments objectifs mais par les plaintes de la patiente (douleurs à l'épaule droite s'étendant à la colonne cervicale). S'agissant de la symptomatologie du rachis et de l'épaule, les experts considèrent que les anomalies radiologiques sont modérées et n'expliquent aucunement l'intensité et le caractère handicapant des douleurs. Un constat similaire a précédemment été émis par le Dr X._____ après examen des radiographies pratiquées le 14 juillet 2004 ; ce praticien a relevé que les radiographies étaient rassurantes et que « même s'il existe incontestablement une atteinte documentée au niveau lombaire et au niveau de l'épaule droite, l'ensemble des plaintes présentées par cette assurée dépasse ce qui est explicable biomécaniquement ». Il retenait ainsi que les pathologies recensées au niveau lombaire et de l'épaule droite justifiaient des limitations fonctionnelles mais leur respect permettait de définir des activités professionnelles compatibles. Dans le même esprit, les experts du CEMed admettent une impotence fonctionnelle dans les mouvements d'élévation ou d'abduction du bras au-dessus de l'horizontale, avec ou sans port de charge, les mouvements répétitifs du bras qui sur-sollicitaient l'épaule (travail à la chaîne), la position debout prolongée nécessitant le port de charges modérées à lourdes de façon répétitive et dans les mouvements répétitifs en flexion/rotation ou en extension du tronc. Selon les experts, la capacité de travail reste entière dans toute activité respectant les limitations précitées ; l'ancienne activité d'ouvrière en usine, apparaissant peu compatible avec les limitations, n'est plus exigible.

Les conclusions des experts emportent conviction dès lors qu'elles reposent sur une étude circonstanciée, une anamnèse détaillée, sont claires et dûment motivées. Les experts tiennent compte des plaintes de la recourante, soulignant leur amplification et, dès lors, la nécessité de se référer aux examens radiologiques réalisés en 2011. Les griefs de la recourante à cet égard ne sauraient être retenus ; l'attitude démonstrative de cette dernière a été évoquée à maintes reprises, tant lors de la demande initiale que dans le cadre de la nouvelle demande, de sorte que

la référence aux examens radiologiques pour évaluer les atteintes objectives n'est pas à remettre en cause. De surcroît, la recourante ne retient que des bribes des différents rapports pour nier la valeur probante de l'expertise du CEMed alors que si l'on se réfère à l'ensemble des constatations des médecins (particulièrement les examinateurs du SMR et les experts), il en résulte de nombreuses similitudes. Au demeurant, les rapports du Dr K._____, qui estime que la recourante ne peut plus travailler, et du Dr B._____, qui ne se prononce pas clairement sur la capacité de travail, ne permettent pas de jeter le doute sur les conclusions de l'expertise. En effet, ils se prononcent essentiellement sur les douleurs ressenties par l'assurée, arguant qu'elles réduisent sa mobilité.

Partant, il y a lieu d'admettre qu'au plan strictement physique, la symptomatologie au niveau du rachis et de l'épaule droite ne contrevient pas à l'exercice d'une activité exercée à plein temps, respectant les limitations fonctionnelles énoncées. De surcroît, il n'existe aucun élément objectif indiquant une aggravation de l'état de santé somatique, depuis la décision initiale.

d) Cela étant, il convient d'examiner l'éventuelle influence des troubles psychiques sur la capacité de travail de la recourante.

A l'examen clinique, les experts constatent la mise en avant, par la recourante, d'une symptomatologie dépressive, anxieuse et de stress post-traumatique, les deux dernières n'étant pas mentionnées dans l'évaluation psychiatrique du SMR en 2008. *Pro memoria*, lors de son examen, la Dresse T._____ a retenu les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant, troubles de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée et personnalité avec traits dépendants, considérés comme n'affectant pas la capacité de travail.

S'agissant de la symptomatologie évoquant un état de stress post-traumatique, les experts relèvent que les événements à l'origine de ces plaintes remontent à 1995, tout en soulignant des discordances sur l'anamnèse familiale. Ils s'étonnent dès lors qu'une telle symptomatologie

se soit développée après 2008, l'écartant de ce fait. Leurs conclusions à ce sujet peuvent être suivies, étant relevé que ni la Dresse F. _____ ni le Dr H. _____ n'évoquent cette symptomatologie. Dans son rapport du 21 juin 2013, le Dr H. _____ mentionne que tous les problèmes psychiques sont directement liés aux problèmes physiques, diagnostiqués en 2000. Quant à la Dresse F. _____, elle soutient l'existence d'un trouble psychique existant depuis 2001.

S'agissant de la symptomatologie évoquant des crises de panique, les experts retiennent que les symptômes mentionnés peuvent correspondre au diagnostic de trouble panique, répertorié sous le code F41.0 « autres troubles anxieux » selon la CIM-10, diagnostic également posé par le Dr H. _____. Certaines incohérences conduisent cependant les experts à qualifier ce trouble panique de possible. Ils relèvent à cet égard que la recourante se contredit en alléguant une peur des ascenseurs alors qu'elle les utilise tout de même. Ils soulignent également l'absence de signe d'anxiété durant l'entretien au moment où la recourante évoque les différents événements qui, selon ses dires, l'auraient traumatisée. Cela étant, les experts considèrent que ce possible trouble panique n'affecte pas la capacité de travail.

Finalement, les experts relèvent que la symptomatologie dépressive semble identique à celle décrite en 2008. En ne s'appuyant que sur l'observation clinique, il ne reste, selon eux, que de discrets signes dépressifs, compatibles au vu de l'évolution chronique des symptômes avec un trouble dysthymique. Ils se réfèrent aux symptômes de tristesse, anhédonie, trouble du sommeil, asthénie, mauvaise estime de soi, trouble de la concentration et pessimisme, lesquels sont notamment énoncés par les psychiatres traitants. Cela étant, les experts retiennent une dysthymie secondaire au syndrome douloureux et rappellent que l'examen rhumatologique ne peut expliquer les douleurs diffuses dont se plaint l'assurée, que cet examen met en évidence une certaine attitude démonstrative dans l'expression des douleurs et qu'il existe des facteurs psychosociaux associés à ces plaintes. Le tableau clinique présenté par la recourante est ainsi caractérisé par la présence de douleurs multiples et

diffuses associées à une symptomatologie dépressive ; les douleurs ne trouvent pas leur origine dans une affection somatique susceptible d'expliquer, à elle seule, l'importance de l'incapacité de travail dont se prévaut la recourante. Dès lors, il convient d'apprécier l'éventuelle influence de l'atteinte à la santé psychique sur la capacité de travail de la recourante à la lumière des principes jurisprudentiels énoncés ci-après.

aa) La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. Selon la jurisprudence, de tels syndromes n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existe une présomption que ces syndromes ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). La Haute Cour a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1, 132 V 65 consid. 4.2). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, des affections corporelles chroniques (dont les manifestations douloureuses ne se recoupent pas avec le trouble somatoforme douloureux), un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (TF I 81/07 arrêt du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et la

référence citée). En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) (ATF 130 V 132). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact ; ATF 132 V 65 consid. 4.2 et 131 V 49).

bb) Si les experts évoquent la présence chez la recourante d'une symptomatologie dépressive, celle-ci n'est selon toute vraisemblance pas d'une intensité suffisante pour justifier une incapacité de travail. Ils considèrent que les discrets signes dépressifs sont tout au plus compatibles avec un trouble dysthymique, secondaire au syndrome douloureux, diagnostic qu'ils répertorient dans la rubrique des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Partant, on ne saurait retenir la présence d'une comorbidité psychiatrique importante, étant par ailleurs relevé que les états dépressifs - pris en tant que comorbidité psychiatrique - constituent généralement des manifestations d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (TF I 87/06 du 31 janvier 2007 et la jurisprudence citée).

Par ailleurs, le traitement psychique ne semble pas suivi de manière assidue par la recourante ; les experts relèvent une compliance

douteuse au traitement antidépresseur et mettent en doute la réalité du suivi psychiatrique annoncé. Partant, le critère de l'échec du traitement ne trouve pas sa place dans le présent cas. Il en va de même s'agissant du critère des affectations corporelles chroniques, eu égard à l'examen rhumatologique au CEMed. On peut également suivre les experts lorsqu'ils énoncent que les autres critères reposent sur une anamnèse, en l'occurrence, peu fiable, de sorte que l'on ne saurait admettre que ces critères sont remplis. Finalement, il ressort de l'expertise du CEMed, comme de l'examen du SMR en juillet 2004, que les plaintes de l'assurée sont amplifiées lors des examens cliniques (cf. consid. 5b *supra*). Conformément à la jurisprudence exposée ci-dessus, il doit être tenu compte d'une telle amplification des symptômes - comme des grandes divergences entre les informations fournies par l'expertisée et celles ressortant de l'anamnèse - dans le cadre de l'examen du droit aux prestations d'assurance.

Dans ces conditions, il convient d'admettre que le trouble douloureux somatoforme persistant peut être surmonté par un effort de volonté raisonnablement exigible et ne saurait être jugé comme incapacitant.

cc) A l'aune de ce qui précède, il ne se justifie dès lors pas de s'écarter des conclusions, claires et dûment motivées, émises par les experts du CEMed. Le rapport du Dr H._____, qui suit l'assurée depuis le 1^{er} novembre 2012, ne permet pas de jeter le doute sur les conclusions de l'expertise. En effet, son rapport ne fait pas apparaître d'élément objectivement vérifiable qui n'aurait pas été pris en compte par les experts ou qui serait survenu après leur examen. Les symptômes énoncés par le Dr H._____ se recourent en réalité avec ceux retenus par les experts et semblent principalement se rapporter aux problèmes physiques dont se plaint la recourante. La conclusion quant à une incapacité de travail totale n'est le fait que d'une appréciation différente, vraisemblablement plus empathique, d'une situation médicale identique. Partant, on retiendra que la recourante ne présente pas, sur le plan

psychique, une atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance-invalidité.

e) Au vu des considérants qui précèdent, il a lieu de retenir, à l'instar de l'intimé, que la recourante présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. De surcroît, sur le plan somatique, aucune aggravation de l'état de santé de la recourante depuis 2008 ou 2009 n'a été objectivement mise en évidence. Sur le plan psychique, s'il a été fait mention de nouveaux symptômes, ces derniers ne donnent pas lieu à retenir une atteinte à la santé invalidante. Partant, entre la décision initiale du 20 mars 2008 et la décision litigieuse du 11 juillet 2013, il n'apparaît aucune aggravation importante de l'état de santé de la recourante de nature à influencer négativement sa capacité de travail. Une nouvelle expertise ne conduirait par ailleurs pas, selon toute probabilité, à une constatation différente.

6. En définitive, la décision attaquée n'est pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée. Il s'ensuit que le recours doit être rejeté.

a) La recourante ne peut prétendre de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). Par ailleurs, la procédure est onéreuse et la recourante, qui voit ses conclusions rejetées, devrait en principe supporter les frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI et art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Elle a toutefois été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que la rémunération du conseil d'office ainsi que les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont provisoirement supportés par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]), en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure.

b) Le montant de l'indemnité au défenseur d'office doit être fixé eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (art. 2 RAJ).

En l'espèce, Me Treyvaud a produit une liste de ses opérations le 28 mai 2014, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat, de sorte qu'elle doit être arrêtée à 2 heures et 55 minutes de prestations d'avocat, soit un montant d'honoraires s'élevant à 567 fr. (TVA comprise). Au demeurant, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1). Ainsi, une indemnité de 26 fr. 80 (TVA comprise) pour les débours est également allouée (art. 3 al. 3 RAJ). Le montant total de l'indemnité de Me Treyvaud s'élève donc à 593 fr. 80.

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 11 juillet 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** L'indemnité d'office de Me Paul-Arthur Treyvaud, conseil de la recourante, est arrêtée à 593 fr. 80 (cinq cent nonante-trois francs et huitante centimes), TVA comprise.

V. Le 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, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

VI. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Paul-Arthur Treyvaud (pour S. _____)
- 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 :