

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 juin 2015

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mmes Thalmann et Dessaux, juges
Greffier : M. Cloux

Cause pendante entre :

O. _____, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Marie Agier, avocat
au sein de l'association Intégration Handicap, à Lausanne

et

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

Art. 17 al. 1 LPGA

E n f a i t :

A. O._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1967, de nationalité bosniaque, divorcée, réside en Suisse depuis le 5 août 1993. Le 3 mars 2008, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), alléguant souffrir depuis quatre années de "problèmes de jambes + respiratoires, moral", ainsi que de problèmes de dos.

Le 18 avril 2008 deux médecins de la (...), les Drs A._____, spécialiste en médecine interne générale, et S._____, médecin assistante, ont établi un rapport dans lequel ils ont retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail suivants :

"(...) Dépression F32	1997
Trouble anxieux (F 43), réaction à un facteur de stress sévère	1997
Trouble somatoforme (F 45)	1997
Claustrophobie, phobie sociale (F 40)	1997
Insuffisance veineuse avec varicectomie	1994
Dypnées de stade I selon l'OMS	2006
Obésité de stade I selon l'OMS	2006"

Ces praticiens ont par ailleurs précisé ce qui suit :

"(...) Patiente bosniaque ayant subi durant la guerre en Bosnie des événement traumatiques majeurs (viol, séquestration, humiliations, blessures, menaces de mort). Ce stress post-traumatique est responsable d'une grande partie des manifestations présentées actuellement par la patiente. La psychothérapie doit se poursuivre pour aider au mieux la patiente à surmonter ses difficultés.
(...)"

Le Dr V._____, spécialiste en médecine interne générale au Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR), s'est prononcé sur la situation de l'assurée dans un avis médical du 12 janvier 2009, relevant l'absence d'affection somatique incapacitante et préconisant la mise en oeuvre d'une expertise ou d'un examen psychiatriques.

Un examen clinique (le 30 avril 2009) et rhumatologique (le 26 juin 2009) a été effectué par le Dr K. _____ (spécialiste en médecine physique et réadaptation) respectivement par la Dresse U. _____ (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie). Ces praticiens ont rendu leur rapport le 1^{er} juillet 2009, qui a notamment le contenu suivant :

"(...)

DIAGNOSTICS

- **avec répercussion sur la capacité de travail**
 - LOMBALGIES BASSES SUR TROUBLES STATIQUES ET DÉGÉNÉRATIFS MODÉRÉS (M54.5).
 - TALALGIES G SUR ÉPINE CALCANÉENNE (M77.37).
- **sans répercussion sur la capacité de travail**
 - DISCOURS ALGIQUE CHRONIQUE AVEC MISE EN ÉVIDENCE DE TOUS LES SIGNES DE NON ORGANICITÉ SELON SMYTHE, WADDELL ET KUMMEL.
 - STATUS POST-PROBABLE ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE EN RÉMISSION COMPLÈTE. F 43.1
 - DIFFICULTÉS D'ADAPTATION À UNE NOUVELLE ÉTAPE DE LA VIE. Z 60.0

APPRÉCIATION DU CAS

Sur le plan ostéoarticulaire, cette assurée âgée de 42 ans présente des plaintes algiques touchant le corps dans son ensemble évoluant depuis 2006, secondaires à des douleurs chroniques des membres inférieurs évoluant depuis 1993-1994, dans un contexte d'insuffisance veineuse des membres inférieurs, accompagnées de crises de détresse respiratoire vraisemblablement d'origine psychogène (crises d'angoisse, crises d'hyperventilation) évoluant depuis 1996-1997.

A l'examen clinique au SMR, mise en évidence d'une assurée en bon état général, obèse, présentant un BMI de 37 (obésité de classe II), se plaignant de douleurs multiples et diffuses, exacerbées au moindre attouchement ou mobilisation articulaires. Sur le plan strictement ostéoarticulaire, aucune limitation dans les amplitudes articulaires n'a été constatée, malgré la description de douleurs intenses.

Sur le plan neurologique, l'assurée met en avant un sentiment d'hyperesthésie touchant l'hémicorps D dans son ensemble par rapport à l'hémicorps G, sans mise en évidence d'erreur spécifique au piqué-touché, de trouble de la pallesthésie ou du sens positionnel. En ce qui concerne la force, celle-ci est symétrique, hormis des phénomènes de lâchage à caractère antalgique et volontaire. L'examen de médecine générale met en évidence tous les signes de non organicité selon Smythe en faveur d'une fibromyalgie avec présence de signes contrôle positifs, raison pour laquelle un tel diagnostic ne peut être retenu. A signaler aussi la présence de 8/8 signes selon Waddell en faveur d'une fibromyalgie associés à 2/2 signes selon Kummel.

La documentation radiologique mise à disposition met en évidence un trouble dégénératif modéré au niveau du rachis lombaire associé à une épine calcanéenne à G.

Sur le plan professionnel, cette assurée exerce l'activité de nettoyeuse à un taux de 2h/jour depuis 8 ans. Interrogée sur les raisons l'empêchant d'exercer cette activité à un taux supérieur, l'assurée met en avant un sentiment de mal-être généralisé, des difficultés respiratoires et une symptomatologie algique diffuse. De façon objective, l'examen clinique au SMR ne met pas en évidence d'atteinte à la santé sur le plan ostéoarticulaire pouvant induire une incapacité de travail de longue durée. Les troubles ostéoarticulaires mis en avant induisent des limitations fonctionnelles qui peuvent être adaptées à l'activité de l'assurée et, de ce fait, être responsables de tout au plus une diminution de rendement évaluée à un maximum de 10% à 20%.

Sur le plan psychiatrique

Âgée de 42 ans, originaire de Bosnie, sans formation professionnelle, en Suisse depuis 1993 en tant que réfugiée politique, l'assurée a travaillé dans son pays en tant que paysanne et en Suisse, en tant que femme de ménage à raison de 10 heures par semaine. Elle a bénéficié de quelques jours d'incapacité totale entre 2006 et 2008, selon le rapport de son employeur.

Suivie à Appartenances entre 1997 et 1999 par ☺, psychologue FSP, qui dans le rapport médical du 29.08.1997, contresigné par le Dr ☺, évoquent que l'assurée aurait été victime de viols répétitifs et collectifs, d'humiliations, des coups et blessures et des menaces de mort au début de la guerre dans sa ville d'origine, donc en 1991 et ils retiennent le diagnostic d'état de stress post-traumatique et l'état de l'assurée « nécessite une prise en charge de longue haleine. qui ne peut pas être garantie actuellement en Bosnie ».

Dans sa lettre du 22.01.2009, (), nous informe qu'elle ne peut pas remplir le rapport médical AI, car l'assurée n'a plus été suivie depuis avril 1999.

Cependant, dans le rapport médical du 18.04.2008, les Dr A. _____, chef de clinique et Dr S. _____, médecin assistante à la (), posent les diagnostics de dépression, trouble anxieux, réaction à un facteur de stress sévère, trouble somatoforme, claustrophobie, phobie sociale, insuffisance veineuse avec varicectomie, dyspnée, obésité de stade I selon l'OMS et ils attestent un suivi psychothérapeutique à Appartenances et même, ils proposent que « la psychothérapie doit se poursuivre pour aider au mieux la patiente à surmonter ses difficultés ». Nous rappelons que depuis 1999, l'assurée n'a aucune prise en charge psychiatrique.

Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, d'état de stress post-traumatique, de trouble obsessionnel compulsif, de perturbation de l'environnement psychosocial, de syndrome douloureux somatoforme persistant ni de limitations fonctionnelles psychiatriques incapacitantes.

Il est possible que dans les années 91 ou 92, avant que l'assurée quitte la Bosnie, qu'elle aurait pu développer un état de stress post-traumatique qui du point de vue symptomatique est en rémission complète. Ce diagnostic a été posé par la psychologue (), dans un rapport, qui date de 1997, sur la base de souvenirs de guerre que l'assurée n'a plus jamais évoqués. Cependant, les informations anamnestiques fournies par l'assurée mettent en évidence qu'avant son arrivée en Suisse, elle n'a jamais présenté une quelconque pathologie psychiatrique et son état n'a jamais nécessité une prise en charge ambulatoire ou hospitalière. Selon la CIM-10, la période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble, peut varier de quelques semaines à quelques mois, mais il est rare qu'elle dépasse 6 mois. L'évolution peut être fluctuante, mais se fait vers la guérison dans la plupart des cas.

Selon la CIM-10, le diagnostic d'état de stress post-traumatique repose sur la présence de symptômes typiques comprenant la reviviscence répétée de l'événement traumatique, des flashbacks, des rêves ou des cauchemars, d'anesthésie psychique, d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement que nous n'avons pas objectivés à l'examen clinique et qui ne sont pas décrits dans le certificat médical du 29.08.1997.

L'assurée ne présente pas d'attitude hostile et méfiante envers le monde, de retrait social, de sentiment de vide ou de perte d'espoir, l'impression permanente d'être sur la brèche, comme si l'on était constamment menacés ni de détachement en faveur d'un diagnostic de modifications durables de la personnalité après une expérience de catastrophe.

Quoi qu'il en soit, l'assurée ne présente pas actuellement ni d'état de stress post-traumatique ni de modifications durables de la personnalité après une expérience de catastrophe.

Nous n'avons pas objectivé non plus le diagnostic de phobie sociale, pathologie psychiatrique qui débute souvent à l'adolescence et consiste en une crainte d'être exposé à l'observation attentive d'autrui dans des groupes relativement restreints et sont habituellement à l'origine d'un évitement des situations sociales. Or, notre assurée a un très bon contact avec son entourage et les seules difficultés qu'elle présente actuellement sont d'ordre linguistique dans le cadre de difficultés d'adaptation en Suisse.

L'assurée ne présente pas non plus de claustrophobie, car elle monte en ascenseur, elle se déplace seule en train, en l'absence de toutes manifestations anxieuses.

A l'examen clinique, l'assurée ne présente aucune symptomatologie dépressive et anxieuse et aucun trouble spécifique de ce registre n'a été retenu.

En conclusion, sur le plan purement psychiatrique, l'assurée souffre de difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie qui ne représentent pas une pathologie psychiatrique chronique à caractère incapacitant. Sa capacité de travail exigible est de 100% dans toute activité et ceci depuis en tout cas 1999, date de l'interruption de la prise en charge psychiatrique.

Nous ne pouvons pas nous prononcer sur la période entre 1997-99, car le seul document psychiatrique en notre possession n'est pas suffisamment étayé pour confirmer la gravité d'une pathologie psychiatrique incapacitante.

Les limitations fonctionnelles

Limitations fonctionnelles ostéoarticulaires : pas de porte de charge supérieure à 7.5 kg de façon répétitive, à 10 kg de façon occasionnelle, pas de position statique assise au-delà de ¾-d'h sans possibilité de varier la position au minimum une fois à l'heure, de préférence à la guise de l'assurée. Eviter les positions en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis contre résistance. Pas de montée ou descente d'escaliers à répétition, pas de station debout immobile au-delà de 15-20 min, diminution du périmètre de marche à environ 30 min.

Il n'y a pas de limitations fonctionnelles psychiatriques.

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

Sur le plan *ostéoarticulaire*, les atteintes à la santé présentées par cette assurée ne peuvent pas être tenues pour responsables d'une incapacité de travail de longue durée. Les limitations fonctionnelles retenues peuvent induire tout au plus une diminution de rendement de 10% à 20% dans son activité habituelle de nettoyeuse depuis nov. 2007 (rx rachis et membres inférieurs).

Sur le plan *psychiatrique*

Nous n'avons reconnu aucune incapacité de travail.

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

Sur le plan *ostéoarticulaire*, cette assurée ne présente pas d'atteinte à la santé à caractère incapacitant de longue durée. La diminution de rendement d'un maximum de 20% est à prendre en considération lors de périodes algiques ou en situation d'inflammation aux dépens de l'épine calcanéenne.

Sur le plan *psychiatrique*

L'incapacité de travail est de 0%.

Concernant la capacité de travail exigible,

Sur le plan *ostéoarticulaire*, l'activité habituelle de l'assurée peut parfaitement être adaptée aux limitations fonctionnelles retenues avec une diminution de rendement de l'ordre de 20%. Une activité adaptée est théoriquement possible à un taux de 100%, sans diminution de rendement.

L'évaluation de la capacité de travail, aussi bien dans son activité habituelle que dans une activité adaptée, ne tient compte que des atteintes à la santé objectives mises en évidence par les examens complémentaires et les différents examens cliniques réalisés à ce jour. Les plaintes poly-algiques invalidantes mises en avant par l'assurée avec la mise en évidence de signes de non organicité n'ont pas été prises en considération pour l'évaluation de la capacité de travail, aussi bien dans son activité habituelle que dans une activité adaptée. De telles atteintes à la santé qui peuvent s'apparenter à une forme de syndrome douloureux somatoforme (trouble algique chronique sans véritable substrat organique) ne peuvent être considérées comme invalidantes au sens de l'AI qu'en présence de pathologie psychiatrique préexistante invalidante, de comorbidité psychiatrique invalidante ou de signes de gravité selon la jurisprudence.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 80 %,

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100 %,

DEPUIS LE : NOV. 2007.

(...)"

Dans un rapport du 14 juillet 2009, le Dr V. _____ du SMR a repris les constatations des Drs K. _____ et U. _____.

Dans un rapport d'enquête ménagère du 2 mars 2010, l'OAI a en particulier retenu que l'assurée ne souffrait d'aucune impotence et avait un statut d'active à 100%.

Le 15 mars 2010, l'OAI a rendu un projet de décision tendant à refuser l'octroi d'une rente à l'assurée.

Le 23 mars 2010, celle-ci a déposé une demande d'allocation pour impotent.

Par décision du 10 mai 2010, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité à l'assurée, retenant que cette dernière ne présentait, sur le plan psychiatrique, aucune atteinte à la santé et que son revenu sans invalidité - arrêté sur la base des données statistiques de l'Enquête suisse des salaires 2008 - et son revenu d'invalidité - le même réduit par 10% afin de tenir compte des limitations fonctionnelles de l'assurée sur le plan physique - étaient plus ou moins identiques et qu'elle ne subissait ainsi aucun préjudice économique.

Non contestée, cette décision est entrée en force.

Faisant suite à la demande d'allocation pour impotent de l'assurée du 23 mars 2010, le Dr W._____, chef de clinique adjoint à [...] devenu spécialiste en médecine interne générale dans l'intervalle, a établi un rapport le 12 août 2010 dans lequel il a posé les diagnostics, existant depuis environ 2008, de troubles statiques rachidiens avec probable composante dégénérative, de possible hypermobilité articulaire généralisée, d'obésité (BMI de 37,4), d'état anxio-dépressif induit par la chronicité de la symptomatologie, de fasciite plantaire bilatérale et d'hématurie microscopique. Le Dr W._____ a joint à ses écrits un rapport qui lui avait été adressé le 10 avril 2010 par le Dr T._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine générale interne, qui a relevé que l'assurée présentait un tableau douloureux focalisé sur la région lombaire "ayant fait tache d'huile au fil du temps et dans le cadre de ses problèmes de dépression" associé à une possible ancienne hypermobilité généralisée.

Par projet du 20 août 2010 confirmé par décision du 29 septembre 2010, l'OAI a refusé l'allocation d'une allocation pour impotent à l'assurée, au motif qu'elle était autonome pour accomplir tous les actes ordinaires de la vie quotidienne et qu'elle n'avait pas besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie ni d'une surveillance personnelle permanente.

Cette décision est également entrée en force.

B. Le 22 février 2012, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestation auprès de l'OAI, invoquant souffrir depuis cinq ou six ans de maux de dos, d'une faiblesse d'une jambe, d'une dépression et de crises d'angoisse.

A l'invitation de l'OAI, l'assurée a produit un rapport médical établi le 26 mars 2012 par les Drs J._____ et Q._____, tous deux spécialistes en médecine interne générale, qui ont posé les diagnostics de lombalgies chroniques avec douleurs neurogènes dans le cadre de troubles statiques rachidiens, de syndrome métabolique avec obésité de stade 1, d'état anxio-dépressif, d'hypovitaminose B12, de tunnel carpien gauche et d'insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs. Ces praticiens ont exposé ce qui suit :

"(...) La description de l'aggravation de l'état de santé de O._____ par rapport à l'état antérieur et la date à laquelle elle est survenue

L'état dépressif connu s'est progressivement aggravé malgré le suivi en cours, celui-ci étant passé de modéré à sévère. Il est compliqué d'une agoraphobie et de crises d'angoisse malgré l'augmentation du traitement antidépresseur.

Dans le cadre de cette lombalgie basse mécanique connue depuis environ 5 ans en rapport avec des troubles statiques rachidiens, la patiente présente depuis 6 mois des lâchages des membres inférieurs à la suite de douleurs intenses lors de la descente des escaliers, à la marche durant plus de 30 minutes ou en position debout statique de plus de 20 minutes. Les douleurs correspondent à une intensification des paresthésies connues à type de brûlures/décharges électriques ressenties dans les cuisses, jambes et dos du pied droit. Vu l'échec des traitements antalgiques et de la physiothérapie, la patiente a été adressée en consultation spécialisée de rhumatologie, avec RDV prévu le 05.06.2012.

La patiente présente par ailleurs depuis quelques années une dyspnée au repos et à l'effort qui s'est dernièrement intensifiée, pour laquelle un asthme, une origine ORL et une insuffisance cardiaque avaient été écartées (sic). La patiente étant cependant connue pour une insuffisance tricuspidiennne avec une hypertension artérielle pulmonaire légère à 25-30mmHg, une échocardiographie de contrôle est en attente à ce jour.

Sur le plan de son autonomie, la patiente est assistée de ses enfants qui font pour elle le ménage, la vaisselle, les repas ainsi que les courses lourdes, la patiente ne parvenant pas à porter de charges de plus de 3-4 kg.

Le nouveau degré de l'incapacité de travail

Compte-tenu (sic) des éléments actuels, l'incapacité de travail est de 100%.

Le pronostic et d'autres renseignements utiles

S'agissant de pathologies chroniques qui s'aggravent au fil des années, le pronostic pour une amélioration semble réservé. Le ressenti de ces pathologies est aussi intimement lié à l'état psychique de la patiente qui ne s'améliore pas, celle-ci étant traumatisée par ce qu'elle a vécu durant la guerre en Bosnie. On relève une inquiétude de la patiente pour l'avenir puisque ses fils quitteront bientôt le domicile alors qu'ils l'assistent passablement dans la vie quotidienne.

Ancienne nettoyeuse, elle ne travaille plus depuis février 2010 et reçoit le revenu d'insertion. (...)"

Le Dr V. _____ du SMR s'est prononcé sur ces éléments dans un avis médical du 20 avril 2012, préconisant la poursuite de l'instruction.

Le 18 septembre 2012, les Drs J. _____ et Q. _____ ont établi un nouveau rapport, dans lequel ils ont posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombalgies chroniques avec troubles statiques rachidiens et probable composante dégénérative, de cervico-scapulalgies bilatérales de surcharge, de syndrome métabolique avec obésité de stade 2, de syndrome du tunnel carpien gauche, de trouble anxieux dépressif mixte et de syndrome de stress post-traumatique. Ils ont en particulier relevé qu'après l'échec d'une psychothérapie suivie durant cinq ans pour les suites de traumatismes physiques et psychologiques vécus pendant la guerre, leur patiente ne souhaitait pas voir de thérapeutes pour ce problème, se sentant plus aidée par sa médication. Ces deux praticiens ont joint à leurs écrits un rapport qui leur a été adressé le 13 juin 2012 par les Drs P. _____ (spécialiste en médecine physique et réadaptation) et R. _____ (spécialiste en médecine interne générale), ceux-ci ayant relevé des troubles statiques rachidiens à composante dégénérative et dans un contexte de dysbalances musculaires importantes renforcées par une obésité et un état anxio-dépressif avec troubles de l'adaptation.

Dans un avis médical du 31 janvier 2013, le Dr F._____, spécialiste en néphrologie au SMR, a relevé que les manifestations liées aux conséquences délétères d'une obésité morbide, l'état dépressif rapproché de la notion de stress post-traumatique et les difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie avaient déjà été pris en compte dans le cadre de la première instruction. Il a indiqué que seule une éventuelle aggravation sur le plan psychiatrique - en l'état non étayée par un spécialiste - devait être évaluée, rappelant que la notion récurrente de stress post-traumatique avait été clairement et définitivement écartée dans le rapport d'examen bidisciplinaire du 1^{er} juillet 2009.

La Dresse U._____ a rendu un rapport le 15 juillet 2013, dans lequel elle a pris position dans les termes suivants :

"(...) Appréciation du cas

Notre examen clinique de ce jour n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, d'état de stress post-traumatique, de trouble obsessionnel compulsif, de troubles dissociatifs, de perturbation de l'environnement psychosocial qui est inchangé, de syndrome douloureux persistant ni de limitations fonctionnelles psychiatriques à caractère incapacitant.

Sur la base d'un status psychiatrique superposable à celui de 2009, nous avons retenu le diagnostic de difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie, pathologie sans aucune incidence sur la capacité de travail.

Nous n'avons pas objectivé de dépression majeure ni d'anxiété généralisée ni de claustrophobie, de phobies sociales ou d'agoraphobie.

A l'examen clinique de ce jour, nous n'avons pas mis en évidence une quelconque aggravation de l'assurée sur le plan psychiatrique.

Par conséquent, l'état de l'assurée est stationnaire, sans aggravation significative qui puisse justifier une diminution de la capacité de travail qui est toujours de 100% dans toute activité.

Limitations fonctionnelles

Il n'y a pas de limitations fonctionnelles psychiatriques.

L'âge, l'absence de formation professionnelle, les difficultés linguistiques, les difficultés financières ne font pas partie du domaine médical.

(...)"

Le Dr F._____ du SMR s'est prononcé sur la situation de l'assurée dans un avis médical du 8 août 2013, relevant que les constatations de la Dresse U._____ du 15 juillet 2013 étaient superposables à celles faites durant l'année 2009.

Le 12 août 2013, l'OAI a rendu un projet de décision tendant au rejet de la demande de prestations de l'assurée, au motif que la situation médicale de cette dernière n'avait pas significativement changé par rapport à celle constatée dans la décision du 10 mai 2010.

Le 14 octobre 2013, les Drs G._____ et H._____, spécialistes en médecine interne générale, ont relevé qu'en tant que médecins suivant l'assurée, ils étaient en désaccord avec le rapport de la Dresse U._____, notamment quant à l'inexistence de troubles de santé psychique et l'effet de ces derniers sur une activité professionnelle. Selon ces praticiens, l'intéressée présente un trouble psychique sous la forme d'un "état dépressif majeur associé à un PTSD (post traumatique (sic) stress disease)", qui limite sa capacité de travail à un très faible pourcentage.

Par courrier du 24 octobre 2013 l'assurée, désormais assistée de Me Jean-Marie Agier, a requis la mise en œuvre d'une expertise.

Le Dr F._____ s'est prononcé sur le courrier des Drs G._____ et H._____ du 14 octobre 2013 dans un avis médical du 31 octobre 2013, indiquant que ce courrier ne contenait aucun nouvel élément étayé qui n'ait pas été pris en compte dans le rapport de la Dresse U._____ du 15 juillet 2013.

Par décision du 8 novembre 2013, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, pour les motifs invoqués dans son projet du 12 août 2013. Dans un courrier du même jour, il a exposé que l'avis des Drs G._____ et H._____, du fait de leur position de médecins traitants, devait être accueilli avec réserve et ne remettait pas en cause le rapport de la Dresse U._____.

C. Par acte du 4 décembre 2013, O._____ a recouru contre cette décision, concluant préliminairement à la mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique dans le cadre de la procédure de recours et, au fond, à la réforme de la décision querellée en ce sens qu'une rente entière lui est octroyée à partir d'une date que justice dira. Invoquant l'ATF 135 V 465, elle a soutenu que le rapport des Drs G._____ et H._____ du 14 octobre 2013 était propre à remettre en cause les constatations de la Dresse U._____. Admettant que ces praticiens n'avaient pas développé leurs arguments dans leur rapport, elle a expliqué cela par le fait qu'à l'inverse de la Dresse U._____, les Drs G._____ et H._____ n'étaient pas rémunérés pour la rédaction de leur rapport. Elle a fait valoir qu'une interpellation de ces médecins par la Cour de céans restait néanmoins possible.

Le 9 janvier 2014, la Juge instructeur a mis la recourante au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 4 décembre 2013, l'exonérant des avances et lui désignant un conseil d'office en la personne de Me Agier (AJ13.052590).

Répondant le 6 février 2014, l'intimé a proposé le rejet du recours, soutenant que les avis médicaux du SMR des 8 août et 31 octobre 2013 ne laissaient apparaître aucune modification de l'état de santé de la recourante depuis le prononcé de la décision du 10 mai 2010.

La recourante s'est déterminée le 19 février 2014, relevant que l'intimé n'avait pas répondu à ses arguments en fait et en droit dans son mémoire du 6 février 2014, de sorte qu'il était selon elle normal de renoncer à un second échange d'écritures.

Me Agier ayant été invité le 6 mai 2015 à produire une liste détaillée d'opérations et de débours, il a renoncé à produire une telle liste par lettre du 27 mai 2015.

E n d r o i t :

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

Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA) devant le tribunal du domicile de l'office concerné (art. 69 al. 1 let. a LAI), qui statue en instance unique (art. 57 LPGA). Dans le canton de Vaud, cette compétence échoit à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD [loi vaudoise sur la procédure administrative du 28 octobre 2008; RSV 173.36]).

L'acte de recours, qui doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions (art. 61 let. b LPGA), doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, le recours - qui remplit les conditions légales de forme - a été déposé le 4 décembre 2013, moins de trente jours après le prononcé de la décision, de sorte qu'il est recevable.

2. Est en l'espèce litigieux le droit de la recourante à l'octroi d'une rente d'invalidité en raison d'une aggravation de son état de santé depuis le prononcé de la décision du 10 mai 2010.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette

diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins; un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% à une demi-rente, un taux de 60% à un trois quarts de rente et un taux de 70% à une rente entière (art. 28 LAI).

b) 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 (art. 17 LPGA). Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; ATF 125 V 369 consid. 2 et réf. cit.; cf. ég. ATF 112 V 372 consid. 2b; ATF 112 V 390 consid. 1b; pour le tout TFA I 627/04 du 23 mai 2005 consid. 1.1).

Quand l'administration entre en matière sur la demande de révision, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Si elle constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a et réf. cit.; TFA I 627/04 du 23 mai 2005 consid. 1.2).

c) L'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin, les renseignements donnés oralement devant être consignés par écrit (art. 43 al. 1 LPGA).

Lorsque des doutes – mêmes faibles – subsistent quant à la fiabilité et à la force probante des constatations médicales obtenues à l'interne par l'assurance, la jurisprudence impose la mise en œuvre de clarifications complémentaires (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les arrêts cités). Tel sera notamment le cas lorsque l'autorité administrative aura laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier (ATF 139 V 496 consid. 4.4 et les arrêts cités). Ainsi, dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA, qui a trait au choix de l'expert (ATF 135 V 465 consid. 4 et réf. cit.).

C'est le lieu de rappeler que pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il faut que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel

et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_359/2009 du 26 mars 2010 consid. 4.2).

4. a) En l'espèce, l'intimé a rejeté une première demande de prestations de la recourante par décision du 10 mai 2010, retenant des limitations fonctionnelles sur le plan physique – celles-ci étant toutefois insuffisantes pour ouvrir le droit à la rente – et excluant toute atteinte incapacitante à la santé psychique. Cette décision est entrée en force.

Seuls peuvent ainsi être pris en considération, dans le cadre de la seconde demande de l'intéressée du 22 février 2012, une aggravation ou de nouveaux troubles de santé survenus postérieurement au 10 mai 2010 (cf. *supra* consid. 3/b).

b) Une nouvelle instruction ayant été ouverte, la Dresse U. _____ a procédé à un examen psychique de la recourante le 15 juillet 2013 et a relevé, dans son rapport du même jour, que l'état de santé de l'intéressée était stationnaire, à l'exclusion de toute aggravation notable.

Ce rapport du 15 juillet 2013 a été établi par une spécialiste en psychiatrie, qui a reçu la recourante en consultation, a établi une anamnèse complète ainsi qu'un exposé des plaintes de l'intéressée, avant de rendre des conclusions claires et bien motivées. Ces conclusions sont d'ailleurs dans la droite ligne de celles prises par la Dresse U. _____ dans son précédent rapport du 1^{er} juillet 2009, que l'intimé a retenu dans sa première décision du 10 mai 2010 et qui ne peuvent plus être remises en

cause dans la présente procédure. Le rapport du 15 juillet 2013 jouit ainsi d'une pleine valeur probante.

c) La recourante remet en cause les conclusions de la Dresse U._____, invoquant le courrier du 10 octobre 2013 des Drs G._____ et H._____, qui soutiennent qu'elle souffre de troubles psychiques.

Ces médecins posent en effet le diagnostic d'état dépressif majeur, qu'ils associent à un stress post-traumatique dû à des événements survenus durant la guerre de Bosnie. Par ce diagnostic, les Drs G._____ et H._____ ne démontrent toutefois aucune nouvelle affection postérieure au prononcé de la décision du 10 mai 2010. Ils cherchent au contraire à remettre en cause les constatations faites dans le cadre de cette décision, qui a précisément tranché cette controverse avec force de chose jugée. Les Drs G._____ et H._____ n'étant pas habilités à remettre en cause les constatations médicales antérieures au 10 mai 2010, leur avis n'est pas pertinent dans le cas d'espèce. Au demeurant, cet avis n'est pas probant et ne justifie dès lors pas la mise en œuvre d'une expertise, les Drs G._____ et H._____ n'ayant apporté aucun élément clinique ou diagnostique à l'appui de leur position. On ne saurait à cet égard suivre la recourante lorsqu'elle prétend que ce défaut de motivation serait en l'espèce justifié. En effet, une telle argumentation contredit la jurisprudence précitée, qui exige pour la mise en œuvre d'une expertise que le dossier comprenne des avis médicaux divergents probants, et donc motivés (cf. *supra* consid. 4/b, en particulier l'ATF 135 V 465 cité par la recourante).

La recourante se fonde en outre sur les rapports des Drs J._____ et Q._____ des 26 mars et 18 septembre 2012. Dans le premier rapport, ces praticiens mentionnent un "état dépressif connu", qui serait passé de modéré à sévère et se serait compliqué d'une agoraphobie et de crises d'angoisses. Dans le rapport du 18 septembre 2012, ils ont posé les diagnostics, sur le plan psychique, de trouble anxieux dépressif mixte et de syndrome de stress post-traumatique, rattachant ces troubles

à des traumatismes subis durant la guerre de Bosnie. Ils ont également relevé qu'après cinq années de psychothérapie, la recourante ne bénéficiait plus d'aucun suivi psychiatrique. A l'instar de ce qui précède, ces constatations ne portent pas sur des éléments nouveaux, mais visent à remettre en cause la décision du 10 mai 2010, de sorte qu'elles ne sont pas pertinentes dans le cas d'espèce. Quant à l'agoraphobie et aux crises d'angoisse, outre le fait que le Dr A. _____ avait déjà retenu des troubles anxieux, une claustrophobie et une phobie sociale dans son rapport du 18 avril 2008, ces troubles ne sont évoqués que par les Drs J. _____ et Q. _____, savoir des médecins spécialisés en médecine interne dont l'avis n'emporte dès lors pas une valeur probante prépondérante. La Dresse U. _____ a en effet expressément exclu ces affections dans son rapport du 15 juillet 2013. Le fait que la recourante ne bénéficie d'aucun suivi par un professionnel du domaine psychiatrique, alors que son état psychiatrique serait devenu sévère, ne plaide pas non plus dans le sens des Drs J. _____ et Q. _____.

d) En définitive, la recourante n'a produit aucun élément médical probant qui mette en doute les constatations de la Dresse U. _____, de sorte que c'est à bon droit que l'intimé s'est fondé sur l'avis de cette spécialiste.

5. a) Il en découle le rejet du recours et la confirmation de la décision querellée du 8 novembre 2013.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure est onéreuse (art. 69 al. 1^{bis} LAI). La recourante, qui succombe, ayant été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont mis à la charge de l'Etat.

Vu le sort du recours, la recourante ne peut par ailleurs pas prétendre à l'octroi de dépens (art. 61 let. f LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

c) Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, le conseil d'office est rémunéré équitablement par le canton

(art. 122 al. 1 let. a CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272] *cum* art. 18 al. 5 LPA-VD). Me Agier ayant en l'occurrence renoncé à produire la liste de ses opérations, son défraiement doit être fixé équitablement sur la base d'une estimation des opérations nécessaires pour la conduite du procès (art. 3 al. 2 RAJ [règlement sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010; RSV 211.02.3]).

Compte tenu des circonstances du cas, de sa complexité et du fait que Me Agier représentait déjà la recourante dans la procédure administrative et qu'il connaissait ainsi le dossier, on peut estimer que le temps consacré est de 8,5 heures à 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ), ouvrant le droit à une rémunération de 1'760 fr., débours (100 fr.; art. 3 al. 3 RAJ) et TVA (8%) compris.

Cette rémunération ainsi que les frais judiciaires sont provisoirement supportés par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser le montant dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC *cum* art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service de justice et législation de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 8 novembre 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cent francs), sont provisoirement mis à la charge de l'Etat.

IV. Il est alloué à Me Jean-Marie Agier une indemnité du conseil d'office arrêtée à 1'760 fr. 40 (mille sept cent soixante francs et quarante centimes), TVA et débours compris.

V. O._____ est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, tenue 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 :

Le greffier :

Du

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

- Intégration Handicap, Me Jean-Marie Agier (pour O._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :