

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 octobre 2011

Présidence de Mme PASCHE
Juges : Mme Röthenbacher et M. Bonard, assesseur
Greffière : Mme Barman

Cause pendante entre :

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

et

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

Art. 28 LAI; 87 al. 3 et 4 RAI

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après: l'assurée), ressortissante bosniaque née en 1955, veuve, mère de quatre enfants aujourd'hui majeurs, a subi le 21 janvier 2002 une cure de hernie discale L5-S1.

Dans un rapport médical du 12 septembre 2003 au médecin conseil de R._____, assureur perte de gain de l'employeur de l'assurée, le Dr H._____, spécialiste en médecine interne générale, a relevé qu'il ne voyait pas de raison objective de déclarer l'assurée inapte au travail au plan somatique.

Dans un rapport d'expertise psychiatrique du 19 novembre 2003, le Dr S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, mandaté par R._____, a posé les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0) et de dysthymie (F34.1). Il a relevé qu'une hernie discale avait été mise en évidence, nécessitant une opération en janvier 2002, et que la patiente avait chuté dans les escaliers le 11 mars 2003, ce qui avait motivé un arrêt maladie de deux mois, celle-ci se plaignant depuis lors de douleurs au niveau de la jambe gauche et de la colonne vertébrale. Pour le Dr S._____, le pronostic était extrêmement mauvais mais il fallait tenter absolument d'éviter une chronicisation en remettant la patiente dans le circuit du travail, avec une reprise à 50% dès janvier-février 2004.

L'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) tendant à l'octroi d'une rente, le 10 décembre 2003. Elle indiquait avoir travaillé comme ouvrière du 14 juin 2001 au 30 octobre 2003 chez [...] et présenter une atteinte à la santé depuis janvier 2002.

Dans un rapport médical du 14 janvier 2004 à l'OAI, le Dr M._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les

diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de trouble somatoforme douloureux, de trouble dépressif récurrent et de dysthymie depuis début 2000, ainsi que de status post hernie discale L5-S1 opérée le 21 janvier 2002. Le traitement avait débuté le 7 octobre 1998 et l'état de santé de l'assurée s'améliorait. Le Dr M._____ observait néanmoins que le pronostic asséculoologique à moyen et long terme demeurait mauvais. Quant à la capacité de travail, l'assurée pouvait travailler comme ouvrière assise à 50% dès janvier 2004 et à 100% dès avril 2004.

L'employeur de l'assurée a noté dans le questionnaire du 1^{er} mars 2004 que celle-ci avait travaillé du 14 juin 2001 au 31 octobre 2003 à son service comme ouvrière de production. Il avait résilié le contrat de travail en raison de la non atteinte des objectifs et d'absences. Le dernier jour de travail avait été le 21 juillet 2003. Depuis le 1^{er} juillet 2003, l'assuré percevait un salaire mensuel de 3'025 francs.

Dans son rapport médical du 8 juillet 2004 à l'OAI, le Dr M._____ a indiqué que l'état de santé de la patiente s'était aggravé, avec une récurrence de lombalgies avec sciatalgies bilatérales motivant un nouvel arrêt de travail complet depuis mai 2004.

Par rapport médical du 10 août 2004, la Dresse C._____ d' [...] a diagnostiqué une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0), associée à un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). La capacité de travail était alors de 50%.

Dans un avis médical du 31 mars 2005, la Dresse W._____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR) a proposé de procéder à un examen bidisciplinaire au SMR afin de clarifier la situation médicale de l'assurée.

Selon un avis de sortie des Etablissements hospitaliers du Nord Vaudois (ci-après: EHNV) du 5 juillet 2005, l'assurée avait séjourné du 15 au 23 mai 2005 au site d' [...] en soins aigus, et du 23 mai au 17 juin 2005

au site de [...] en réadaptation. Les diagnostics posés étaient ceux de cruralgies gauches invalidantes de type irritatif sans évidence radiologique de compression dans le cadre d'une hémilaminectomie gauche L5-S1 en 2002 avec déficit résiduel des extenseurs et fléchisseurs des orteils du membre inférieur gauche, de thrombopénie et leucopénie d'origine indéterminée, de goitre euthyroïdien et d'état anxio-dépressif chronique activé.

L'assurée a été convoquée le 23 novembre 2005 auprès du SMR pour l'examen clinique bidisciplinaire. Le Dr P._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et la Dresse B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu dans leur rapport médical du 23 janvier 2006 le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de lombosciatalgies gauches séquellaires sur status après cure de hernie discale L5-S1 gauche (M54.4), ainsi que les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme persistant avec régression majeure (F45.4), de personnalité dépendante (F60.7), de difficultés liées à l'acculturation (Z60.3), d'expérience de catastrophe de guerre et d'autres hostilités (Z65.5), de disparition et décès d'un membre de la famille (Z63.4), de tromboleucopénie d'origine indéterminée et d'obésité. Ils retenaient que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans son activité d'ouvrière de production maraîchère dès janvier 2002, mais qu'elle était de 100% dans une activité adaptée. Les médecins du SMR relevaient en outre ce qui suit:

"Du point de vue psychiatrique, il s'agit d'une assurée âgée de 50 ans, d'origine bosniaque, en Suisse depuis 1997. Au bénéfice d'une scolarité rudimentaire, elle n'a pas de formation professionnelle et n'a pas eu d'activité lucrative durant sa vie en Bosnie.

Dans le contexte de la guerre au pays, sa famille d'origine musulmane est dramatiquement décimée, l'assurée y perd notamment son mari et deux frères. Arrivée en Suisse comme requérante d'asile, elle y travaille comme ouvrière de production en culture maraîchère entre le 14.06.2001 et le 21.07.2003, activité entrecoupée par de multiples périodes d'arrêt de travail. Elle est licenciée, en raison essentiellement des absences prolongées, au 31.10.2003.

L'appréciation psychiatrique de l'état de santé de l'assurée est délicate: en effet, nous sommes confrontés d'une part aux difficultés

d'acculturation d'une femme d'origine musulmane, qui pour des raisons culturelles s'est toujours appuyée sur les hommes de sa famille et n'a pas travaillé dans son pays d'origine. D'autre part, l'horreur de la guerre avec ses tueries sanglantes et ses expatriations a laissé des séquelles indélébiles dans les liens familiaux.

Toutefois, le tableau clinique montre une assurée de constitution psychique saine et solide, à voir la façon dont elle a pu mobiliser des ressources malgré le drame qu'elle a vécu. Il n'y a aucun critère CIM-10 de syndrome de stress post-traumatique. Malgré une souffrance très importante, l'assurée ne présente pas non plus le tableau d'un état dépressif sévère au sens de cette même classification. Elle est désemparée en raison d'éléments culturels, car dans son milieu les femmes restent au foyer, protégées par les hommes. En Suisse, elle doit mener une existence de veuve, entourée presque exclusivement de femmes qui doivent maintenant se débrouiller dans un nouveau contexte de vie. La réponse de l'assurée à ce changement de milieu se fait par une régression majeure qui la fait se comporter comme un petit enfant (ce qu'elle reconnaît), sollicitant constamment le soutien de ses filles et de leurs conjoints. La situation est dramatique du point de vue psychosocial, l'assurée ne retravaillera certainement plus, mais ceci pour des raisons culturelles, éducatives et psychosociales.

Elle ne souffre pas de trait pré-morbide de la personnalité si l'on considère que l'attitude dépendante est un élément culturel et que l'assurée a pu travailler en Suisse entre 2001 et 2003. Il n'y a pas de comorbidité psychiatrique comme expliqué ci-dessus, pas d'affection corporelle chronique. L'intégration sociale ne s'est jamais faite en Suisse, on ne peut donc considérer son isolement comme une perte de celle-ci. L'éventuel profit tiré de la maladie est clair, il s'agit d'une sollicitation inconsciente de ses filles afin de maintenir sa prise en charge au long cours. Le caractère chronique de la symptomatologie douloureuse est apparu en début de son activité professionnelle en 2001 et les traitements conformes aux règles de l'art sont inefficaces.

La difficile collaboration et la claire majoration des symptômes diminuent la crédibilité de ceux-ci. Leur allure théâtrale en fait perdre toute cohérence, le dialogue est difficile tant les symptômes sont mis en avant. L'assurée se fige dans une position de régression extrême tout en étant capable de mobiliser des ressources lorsqu'il le faut (à titre d'exemples, l'assurée doit presque se faire porter lorsqu'on lui demande de se relever de sa chaise en fin d'entretien, mais elle s'est relevée seule à de multiples reprises tout au long de celui-ci. Un second exemple nous montre une main extrêmement tremblante lorsqu'il s'agit de signer la procuration, mais ce tremblement disparaît subitement et totalement lorsque l'on pose une question qui aborde un sujet tout différent).

Du point de vue somatique, il s'agit d'une assurée d'origine bosniaque, âgée actuellement de 50 ans, présentant un syndrome algique chronique diffus ayant débuté par une lombosciatalgie à prédominance gauche. Les examens complémentaires pratiqués à l'époque en 2000 et 2001 mettent en évidence une pathologie herniaire L5-S1.

Au mois de juin 2002, l'assurée bénéficie d'une cure chirurgicale.

A la suite de cette cure, la symptomatologie algique perdure induisant une incapacité de travail de longue durée. L'examen clinique que nous avons réalisé ce jour met en évidence essentiellement des signes de non-organicité aussi bien selon Waddel (5/5) que selon Smith 18/18. L'assurée adopte un comportement clairement démonstratif, oppositionnel et poly-plaintif. La pertinence de l'examen clinique sur le plan ostéoarticulaire est compromise en raison de manque de collaboration de la part de l'assurée.

Sur le plan neurologique, nous pouvons uniquement décrire une hypoesthésie de façon globale au niveau de tout l'hémicorps gauche par rapport à l'hémicorps droit associée à un phénomène de faiblesse musculaire diffus sur lâchages multiples et non-collaboration. A signaler que nous n'avons constaté aucun déficit sur le plan des réflexes, que nous n'avons objectivé aucune amyotrophie, ni contusion comme allégué par l'assurée (chutes multiples en raison de lâchages).

Les examens radiologiques mis à notre disposition mettent en évidence essentiellement des troubles statiques et dégénératifs du rachis lombaire avec un status après cure d'hernie discale L5-S1, sans signe de nouveaux éléments compressifs sur la base du rapport d'une IRM réalisée le 17.05.2005 qui n'a pas été mise à notre disposition.

Un diagnostic de thrombopénie et leucopénie d'origine indéterminée est posé lors d'une hospitalisation remontant au mois de juillet 2005 avec suspicion d'une éventuelle atteinte tumorale au niveau digestif.

En conclusion, sur le plan somatique, cette assurée présente un syndrome algique diffus de type chronique. Lors de l'anamnèse et de l'examen clinique, l'assurée a développé une série d'attitudes d'exagération aussi bien sur le plan verbal que comportemental avec pleurs, soupirs, changements de position fréquents, démarche grotesque et simulation de chutes sur faiblesse. Les éléments objectifs du dossier médical ne permettent pas d'expliquer la globalité des symptômes présentés. Notre examen clinique conclut clairement à une atteinte essentiellement non-organique. L'éventualité d'une atteinte de type organique et séquellaire reste ouverte, toutefois l'examen clinique ne nous permet pas de l'infirmier ou de le confirmer.

En conclusion, nous retiendrons essentiellement chez cette assurée des troubles dégénératifs et statiques du rachis lombaire associé à un status après cure d'hernie discale L5-S1, raison pour laquelle nous retenons une incapacité de travail de 100% dans son activité habituelle d'ouvrière en production maraîchère. Nous n'avons pas tenu compte du diagnostic de syndrome douloureux chronique somatoforme, pour l'évaluation de la capacité de travail dans son activité habituelle.

Les limitations fonctionnelles

Absence de port de charges supérieures à 10 kg de façon répétitive. Absence de position statique assise au-delà de 50 min sans possibilité de varier la position, absence de position statique debout au-delà de 20 à 30 min. Diminution du périmètre de marche à environ 10 à 15 min. Absence de position en antéflexion ou en torsion du tronc. Pas de limitation psychiatrique.

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

Selon le rapport de l'employeur daté du 01.03.2004, l'assurée a effectué son dernier jour de travail le 21.07.2003 à la suite de plusieurs congés-maladie.

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

Sur le plan somatique, cette assurée présente une IT de 100% dans son activité habituelle dès janvier 2002, à la suite de l'opération de hernie discale lombaire. Par ailleurs, autant le Dr S. _____ dans son expertise du 19.11.2003 que les médecins-traitants (Dr D. _____ et M. _____) estiment qu'une reprise professionnelle serait indiquée afin de tenter d'éviter une chronicisation.

Concernant la capacité de travail exigible,

Notre appréciation ne peut s'appuyer que sur des éléments théoriques car l'assurée ne retravaillera vraisemblablement plus jamais, mais ceci pour des raisons non médicales. La capacité de travail exigible est donc théoriquement totale dans une activité adaptée."

Par décision du 14 mars 2006, l'OAI a rejeté la demande de rente de l'assurée, retenant, après comparaison du revenu sans invalidité (36'300 fr.) et avec invalidité (43'611 fr. 51), avec un abattement de 10% compte tenu des limitations fonctionnelles et de son permis de séjour, un taux d'invalidité de 0%.

L'assurée, par son ancien conseil, a formé opposition contre cette décision le 10 avril 2006. Elle a demandé une rente entière, relevant la divergence d'avis entre ses médecins traitants et les médecins auxquels l'OAI avait soumis son cas.

Par décision sur opposition du 16 novembre 2007, l'OAI a confirmé les termes de sa décision du 14 mars 2006. Cette décision est entrée en force.

B. L'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité le 27 juin 2009. Elle a joint à son envoi un certificat

médical du 13 octobre 2008 du Dr M._____ indiquant que sa patiente était en incapacité de travail complète depuis des années et qu'il la suivait à raison des diagnostics médicaux suivants: maladie anxieuse et dépressive chronique traitée, trouble somatoforme chronique chez une patiente présentant un état de stress post traumatique lié à son vécu durant la guerre en Bosnie, lombalgies chroniques avec sciatalgies sur hernie discale opérée le 21 janvier 2002 avec persistance chronique d'un syndrome lombo-radiculaire droit, hypoplasie rénale gauche sans insuffisance rénale, maladie migraineuse traitée, gastrite chronique et reflux gastro-oesophagien traité, thrombopénie et leucopénie chroniques sur probable syndrome myélodysplasique avec splénomégalie, possible cardiomyopathie ischémique.

L'OAI l'ayant invitée à rendre vraisemblable une aggravation de son état, l'assurée lui a transmis le 17 août 2009 un certificat médical du Dr M._____ du 17 juillet 2009 selon lequel la patiente avait probablement une coxarthrose droite opérée par prothèse totale de la hanche (ci-après: PTH) le 19 mai 2009, avec la précision que cette arthrose était invalidante depuis 2007.

Dans le cadre de l'instruction du cas, l'OAI a prié le Dr M._____ de répondre à des questions complémentaires. Ce médecin a diagnostiqué dans son rapport médical du 8 septembre 2009 des lombalgies chroniques, une hernie discale opérée en 2002, un état dépressif, un trouble somatoforme, une coxarthrose droite avec PTH le 19 mai 2009, un syndrome myélodysplasique avec pancytopénie et un diabète type II. Le Dr M._____ a joint à son envoi un avis de sortie des EHNV du 9 juillet 2009 aux termes duquel l'assurée avait séjourné sur le site d' [...] du 18 au 25 mai 2009, puis à [...] du 25 mai au 14 juin 2009. Les diagnostics posés étaient ceux de PTH droite pour coxarthrose invalidante le 19 mai 2009, de syndrome myélodysplasique avec pancytopénie, de diabète type II avec complications non connues, de probables troubles somatoformes, de goitre thyroïdien et de status post hernie discale opérée en 2002.

Dans un rapport médical du 1^{er} novembre 2009 à l'OAI, le Dr X._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a diagnostiqué un status après PTH droite le 19 mai 2009 avec douleurs résiduelles, des lombosciatalgies résiduelles sur status après hémilaminectomie L5-S1, des cervicalgies chroniques sur troubles dégénératifs et un syndrome douloureux chronique. Il relevait la persistance de douleurs centrées sur la hanche gauche et sur la cicatrice, présentes de jour et de nuit, précisant que l'examen clinique n'était guère contributif et que le testing n'exacerbait pas la symptomatologie algique.

Répondant aux questions complémentaires de l'OAI, le Dr M._____ a relevé le 16 février 2010 que l'évolution de l'état de santé de la patiente depuis 2009 était défavorable, avec une augmentation du trouble somatoforme douloureux et des gonalgies mécaniques droites, indiquant qu'une opération était envisagée mais qu'il doutait que cela modifie la situation. S'agissant des limitations fonctionnelles, ce médecin a indiqué que la patiente déclarait ne rien pouvoir faire.

Dans un rapport médical du 23 mars 2010, le Dr Y._____ du Centre hospitalier d' [...] a relevé que d'un point de vue médical, l'activité de l'assurée, qu'il suivait depuis le 30 juin 2009, était encore exigible à 100%, estimant que l'on pouvait s'attendre à une reprise d'activité à 100% à partir du 1^{er} avril 2010. S'agissant des limitations fonctionnelles, il fallait une activité dans différentes positions, pas en terrain irrégulier, ni accroupi, ni à genoux, ne nécessitant pas de monter sur une échelle/échafaudage, et pas de port de charges de plus de 10 kg. La capacité de concentration n'était pas limitée, par contre les capacités de compréhension et d'adaptation étaient limitées par la langue et la culture. Quant à la résistance, le Dr Y._____ indiquait «psycho-somatisme».

Dans un avis médical du 5 juillet 2010, la Dresse J._____ du SMR a relevé que la coxarthrose droite était une nouvelle atteinte à la santé, qu'il y avait une incapacité de travail dans toute activité dès le 19 mai 2009, mais que la capacité de travail était de 100% dès le 23 mars 2010 dans une activité adaptée.

Le 7 juillet 2010, 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. Il a estimé qu'elle avait présenté une incapacité de travail totale du 19 mai 2009 au 22 mars 2010, date dès laquelle elle avait retrouvé une pleine capacité de travail. Compte tenu des limitations fonctionnelles présentées, il a retenu un abattement de 10% sur le revenu d'invalidité et considéré que le degré d'invalidité présenté dès le 19 mai 2010 s'élevait ainsi à 10%.

L'assurée a fait part à l'OAI de ses observations sur ce projet le 2 août 2010, joignant notamment à son envoi un certificat médical du Dr M._____ selon lequel ce médecin certifiait que sa patiente nécessitait une aide familiale et une auxiliaire de ménage pour une durée d'une année à compter du 1^{er} janvier 2010 pour raisons médicales.

Par avis médical du 13 octobre 2010, le Dr Q._____ du SMR a relevé que le Dr M._____, dans son rapport du 2 août 2010 (*recte*: 13 octobre 2008) se limitait à énoncer une liste de diagnostics, déjà connus, sans aucune évaluation clinique ni discussion. Le médecin du SMR était dès lors d'avis que la situation était inchangée et que l'avis médical du SMR du 5 juillet 2010 était toujours d'actualité.

Par décision du 9 novembre 2010, l'OAI a confirmé son projet de décision du 7 juillet 2010, en retenant ce qui suit sous la rubrique "résultat de nos constatations":

"En date du 16 novembre 2007, nous avons rendu une décision sur opposition refusant le droit aux prestations en raison d'une invalidité de 10%.

En raison de l'aggravation de votre état de santé, vous avez déposé une nouvelle demande de prestations le 3 juillet 2009.

Le degré d'invalidité de 10% déterminé dans notre précédente décision ne permet pas de calculer une indemnité moyenne. Dès lors, nous devons tenir compte d'un délai d'attente d'un an.

Des pièces au dossier, il ressort que vous avez présenté une incapacité de travail totale dans toute activité du 19 mai 2009 au 22 mars 2010.

A partir du 23 mars 2010, vous avez recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'exerce pas - comme c'est votre cas - d'activité professionnelle permettant de réduire le préjudice économique, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidité (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb).

Lorsque revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, il est superflu de les chiffrer avec exactitude. En pareil cas, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (arrêt du TFA du 23 septembre 2003, I 418/03 et référence citée).

En l'espèce, seules les limitations liées au handicap et le taux d'occupation sont susceptibles d'entrer en ligne de compte. En effet, comme précisé plus loin, le revenu sans invalidité étant également déterminé sur la base de l'ESS, tous les autres facteurs de réduction (âge, années de service, nationalité, permis de séjour) ont une influence identique sur le revenu d'invalidité et sur le revenu sans invalidité; il est donc possible d'en faire abstraction dans l'estimation de ces deux revenus.

Compte tenu des limitations fonctionnelles présentées, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidité est justifié.

Le degré d'invalidité présenté dès le 19 mai 2010 s'élève à 10%."

Par courrier du même jour à l'assurée, l'OAI lui a expliqué que dans le cadre de la procédure d'audition, il avait transmis les éléments médicaux au SMR. Il ressortait de l'examen de celui-ci que le certificat médical joint à sa contestation ne mentionnait pas de nouvelle atteinte dont il n'aurait pas tenu compte ni n'apportait d'élément objectif d'aggravation susceptible de modifier l'exigibilité et les limitations fonctionnelles. Le projet du 7 juillet 2010 était ainsi fondé et devait être confirmé.

C. Par acte du 9 décembre 2010, F._____, représentée par Procap, recourt contre la décision du 9 novembre 2010 en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation, à ce qu'une expertise pluridisciplinaire soit ordonnée, à ce que son droit aux prestations soit

constaté, et subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire, expertise médicale pluridisciplinaire et nouvelle décision au sens des considérants. En substance, elle fait valoir que dans la mesure où l'office intimé est entré en matière sur sa deuxième demande de prestations, il lui incombait d'instruire son cas en mettant en oeuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire. Elle soutient que le SMR n'a tenu compte que de la coxarthrose et non pas des autres diagnostics ni de l'incapacité de travail attestée par le Dr M._____, et qu'une expertise pluridisciplinaire était également justifiée du fait que l'examen clinique du SMR effectué à l'époque n'était selon elle pas probant. A ses yeux, il n'était en effet pas possible d'éluder la question d'un diagnostic de trouble de personnalité sur la base du seul facteur socio-culturel. Dans un autre moyen, elle fait valoir que la décision attaquée est manifestement erronée sur le plan du calcul du préjudice économique et que l'office intimé a omis d'appliquer la jurisprudence relative aux revenus nettement inférieurs à la moyenne.

La recourante s'est vu accorder le bénéfice de l'assistance judiciaire sous la forme d'une exonération de l'avance de frais par décision du 14 janvier 2011.

Dans sa réponse du 21 février 2011, l'OAI propose le rejet du recours. Il se réfère à l'avis médical du SMR du 5 juillet 2010. Quant au préjudice économique, il explique que dans le cas de la recourante, le revenu sans invalidité a également été déterminé sur la base de l'ESS et ne peut dès lors être considéré comme nettement inférieur à la moyenne, et que seules les limitations fonctionnelles liées au handicap ont été prises en compte, si bien que le taux d'invalidité a été fixé à 10%.

Dans sa réplique du 21 mars 2011, la recourante soutient qu'un abattement de 20 à 25% aurait dû être opéré. Elle joint à son envoi un rapport médical de la Dresse V._____, spécialiste en médecine interne générale, adressé à Procap le 10 mars 2011. Cette praticienne explique être la nouvelle médecin traitant de l'assurée, faisant suite au Dr M._____, et avoir été consultée en août 2010 à la suite du troisième (sic)

refus de rente invalidité. La Dresse V._____ relève ne pas pouvoir se prononcer sur la capacité de travail de 2007 à août 2010, mais indique être en désaccord avec l'estimation du Dr M._____. Selon elle, il y a une nette détérioration de l'état clinique de la patiente depuis 2007 avec l'apparition d'une nouvelle atteinte à la santé. Il n'y a pas de nouveau diagnostic rhumatologique, mais l'aggravation des troubles existants (arthrose lombaire et cervicale) avec la nécessité d'augmenter les doses d'antalgiques requises et l'aide dans les actes de la vie quotidienne. Il y a une détérioration de l'état psychique, la patiente étant désormais suivie au Centre de Psychiatrie du Nord Vaudois en raison d'un état dépressif et des séquelles d'un important stress post-traumatique. La Dresse V._____ relève en outre ce qui suit:

"Il existe toujours un manque d'intégration socio-économique mais actuellement je pense que la patiente a épuisé les ressources autant physiques que psychologiques pour réaliser son intégration en Suisse. Du point de vue somatique la patiente souffre en outre d'une hypertension artérielle difficile à traiter, d'un syndrome myélodysplasique stable occasionnant un léger déficit immunitaire et un risque de saignement. Elle présente régulièrement des hématomes spontanés. Il faut ajouter à cela depuis le début de l'année 2011 la survenue d'un diabète de type 2 dont le traitement vient de débiter et doit être ajusté régulièrement.

Du point de vue de la capacité de travail, je pense qu'aucune activité professionnelle n'est exigible en tout cas depuis août 2010. Les limitations fonctionnelles en raison des douleurs articulaires et des autres problèmes de santé deviennent trop nombreuses. De plus, il me semble illusoire de trouver une activité adaptée chez une personne de bientôt 56 ans, non francophone, n'ayant été en tout et pour tout que 4 ans à l'école et ne bénéficiant d'aucune formation professionnelle préalable. Je ne reconnais donc plus de capacité de travail depuis août 2010."

En annexe à sa duplique du 11 mai 2011, l'OAI produit un avis médical du Dr Q._____ du 11 avril 2011 auquel il déclare se rallier. Il invite en outre la recourante à le renseigner sur la date de la prise en charge par le Centre de Psychiatrie du Nord Vaudois. L'avis du SMR a la teneur suivante:

"Dans le cadre de l'audition, le Dr M._____ dans son rapport du 02.08.2010, se limite à énoncer une liste de diagnostics, déjà connus, sans aucune évaluation ni discussion.

L'assurée présente un recours représentée par PROCAP Service juridique à Biel/Bienne.

Le 10.03.2011 nous prenons connaissance d'un rapport médical du Dr V._____, nouveau médecin traitant de l'assurée depuis le 06 août 2010.

Dans son rapport, elle atteste une IT totale depuis août 2010, 3 mois avant la décision de l'office AI. Son avis diffère de l'opinion de l'ancien médecin traitant Dr M._____.

D'après le Dr V._____, l'état de santé de l'assurée s'est dégradé depuis 2007, selon elle, il n'y a pas de nouveau diagnostic mais l'aggravation des troubles existants (arthrose lombaire et cervicale) avec la nécessité d'augmenter la dose d'antalgie, le reste des diagnostics énumérés ne sont considérés comme atteinte à la santé au sens de la LAI. Nous pensons que le Dr V._____ ne peut pas attester une aggravation du fait qu'elle ne connaît l'assurée que depuis août 2010.

L'hypertension artérielle, même si elle est mal contrôlée, n'empêche pas le travail.

L'insuffisance veineuse des membres inférieurs peut en tout cas provoquer des limitations fonctionnelles dues aux probables oedèmes de membre inférieur mais au fond elle n'affecte pas la capacité de travail dans une activité adaptée.

Le syndrome myélodysplasique stable avec un déficit léger de l'immunité était déjà connu en 2006 et nous avons déjà statué à l'époque.

Le diabète 2 vient d'être diagnostiqué en janvier 2011, ne peut pas être pris en compte, la décision de l'office AI ayant été prise à une date antérieure.

Par rapport à l'aggravation des troubles somatiques existants nous considérons une évolution naturelle de la maladie qui ne modifie pas la CT [capacité] de travail dans une activité adaptée. Seules les douleurs limitent l'activité or elles sont liées à un TSD, sur lequel nous avons déjà statué.

Par rapport à la prise en charge par le Centre de Psychiatrie du Nord Vaudois, annoncée la première fois par le rapport de la Dr V._____, nous ne connaissons pas la date du début de la prise en charge, nous proposons la reprise d'instruction en interrogeant le CPNV dans un premier temps."

Dans ses déterminations du 31 mai 2011, la recourante indique être suivie par le Centre de Psychiatrie du Nord Vaudois depuis le 19 janvier 2011. Elle demande la suspension de la procédure durant six mois avec au terme de celle-ci l'organisation d'une expertise

pluridisciplinaire avec un volet psychiatrique en collaboration avec le psychiatre traitant.

Le 21 juin 2011, la recourante produit encore un rapport du Dr G._____, chef de clinique adjoint à l'Unité de Psychiatrie Ambulatoire du CHUV, établi le 6 juin 2011, selon lequel elle est suivie dans ce service depuis janvier 2011, avec la précision suivante "bien que des problèmes psychiatriques soient signalés dans l'anamnèse au moins à partir de 2008, nous n'avons pas en notre possession des documents médicaux concernant ces éléments".

Le 6 juillet 2011, l'OAI explique qu'une expertise pluridisciplinaire n'est pas nécessaire, ni une suspension de six mois de la procédure. Il rappelle que selon la jurisprudence, les faits survenus postérieurement à une décision administrative et qui ont modifié la situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision. Il joint pour le surplus des avis médicaux du Dr L._____, du SMR des 17 et 29 juin 2011 auxquels il se rallie. L'avis médical du 17 juin 2011 a la teneur suivante:

"Cet avis fait suite à l'avis médical du Dr Q._____ daté du 11.04.11.

L'assurée a contesté notre décision du 09.11.10 de refus de mesures d'ordre professionnelle et de rente. Avec retard, le 10.03.11, on reçoit le rapport médical du nouveau médecin traitant de l'assurée, la Dresse V._____. Son rapport, comme indiqué par le Dr Q._____, n'apporte aucun élément objectif somatique nouveau prouvant l'aggravation de l'état de santé de l'assurée. La Dresse allègue une détérioration de l'état psychique de sa patiente pour laquelle un soutien psychologique au Centre de Psychiatrie du Nord Vaudois a été débuté en janvier 2011. Elle parle d'un état dépressif et de séquelle d'un important stress post traumatique. Le Dr Q._____ propose d'interroger le Centre de Psychiatrie du Nord Vaudois. Maître [...], avocate de l'assurée, intervient par courrier le 31.05.2011, suspendre cette demande pour 6 mois, au motif que le centre manquerait de recul pour apprécier l'état de santé de l'assurée.

Dans le cadre du recours devant le Tribunal de l'assurée, qui doit tenir compte uniquement des éléments médicaux intervenus avant le 09 novembre 2010, on me demande mon avis sur la mise en œuvre d'une éventuelle expertise psychiatrique.

Je rappelle que, dans le cadre de sa première demande, l'assurée a subi un examen bidisciplinaire au SMR le 23.11.05. Dans ses

conclusions, la Dresse B._____, psychiatre FMH, conclut à un syndrome douloureux somatoforme persistant avec régression majeure sur une personnalité dépendante. Dans cette expertise probante, respectant les exigences juridiques, le diagnostic de syndrome de stress post traumatique a été rejeté, ne rentrant pas dans les critères CIM-10 de la maladie. L'assurée ne présente, lors de l'expertise, aucune comorbidité psychiatrique telle qu'état dépressif sévère ou trouble de la personnalité qui aurait pu rendre le trouble somatoforme incapacitant. Le rapport de la Dresse V._____ fait état d'un état dépressif, sans en préciser l'intensité ni sur quels éléments de la CIM-10 le diagnostic repose. On sait en outre qu'en présence d'un trouble somatoforme douloureux, les états dépressifs constituent souvent des manifestations d'accompagnement de ces troubles qui ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé. Aussi un tel diagnostic n'est-il pas reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome du trouble somatoforme douloureux.

En conclusion, les derniers éléments apportés par le médecin traitant concernant son patient, outre qu'ils sont attestés après le 09.11.2010, ont déjà été rejetés par l'examen bidisciplinaire SMR du 23.11.2005. Aucun fait clinique nouveau ne nous autorise à nous écarter des conclusions de l'examen de la Dresse B._____."

L'avis médical du Dr L._____ du 29 juin 2011 a la teneur suivante:

"Suite de mon avis médical du 17.06.2011.
Un rapport médical du Département de Psychiatrie du CHUV, Secteur Psychiatrique Nord, signé des Dr G._____ et N._____, daté du 06.06.2011, nous est adressé. Il confirme que l'assurée a eu un entretien à l'UPA d' [...] le 19.01.2011. Aucune information médicale n'accompagne ce certificat et il n'y a donc pas lieu de s'éloigner de mon avis précédent."

Dans d'ultimes déterminations du 21 septembre 2011, la recourante fait valoir qu'elle est suivie depuis août 2010 par la Dresse V._____, soit une période antérieure à la décision litigieuse du 9 novembre 2010, et requiert qu'une demande de renseignements complémentaires soit adressée au Centre de Psychiatrie du Nord Vaudois et, à défaut, qu'une expertise pluridisciplinaire soit mise en oeuvre avec volet psychiatrique.

E n d r o i t :

1. a) Interjeté le 9 décembre 2010, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en

temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]).

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. La recourante estime qu'une expertise pluridisciplinaire est indispensable pour déterminer son droit aux prestations, et déplore que l'office intimé lui refuse une rente d'invalidité à laquelle elle prétend avoir droit.

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 et 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). 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% donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin,

éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

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). Ce principe est aussi valable s'agissant de l'appréciation émise par un psychiatre traitant (TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4).

3. a) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré

rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201]). 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 64 consid. 5.2.3; 125 V 410 consid. 2b; 117 V 198 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 371 consid. 2b; SVR 1996 IV no 70, p. 204, consid. 3a et les références).

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 67/02 du 2 décembre 2003 consid. 2; I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.1).

b) 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 108 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 71 consid. 3.2).

4. a) En l'espèce, par décision sur opposition du 16 novembre 2007, l'OAI a rejeté la demande de prestations de la recourante. L'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de la recourante du 27 juin 2009. Il convient dès lors d'examiner si entre la décision du 16 novembre 2007 et celle du 9 novembre 2010, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité s'est produit.

b) Sur le plan somatique, la recourante ne présente pas, de l'avis de sa nouvelle médecin traitant, la Dresse V._____, de nouveau diagnostic rhumatologique, mais une aggravation des troubles existants (rapport médical du 10 mars 2011). Or il est établi que cette médecin ne suit la recourante que depuis août 2010. Dans ces conditions, on voit mal qu'elle puisse attester d'une aggravation de l'état de santé de sa patiente, d'autant plus que cette praticienne admet ne pas pouvoir se prononcer sur la capacité de travail de sa patiente de 2007 à août 2010. Dans son rapport médical du 13 octobre 2008 joint à la nouvelle demande de prestations de l'intéressée, le Dr M._____ pose certes un certain nombre de diagnostics, mais il y a lieu d'observer que ces diagnostics ont déjà été retenus dans le cadre de l'instruction de la première demande (ainsi en va-t-il des lombalgies chroniques avec sciatalgies sur hernie discale opérée le 21 janvier 2002, des thrombopénie et leucopénie chronique sur probable syndrome myélodysplasique), ou sont traités (comme la maladie migraineuse, la gastrite chronique et le reflux gastro-oesophagien). Il n'est pour le surplus par contesté que la recourante a subi une intervention avec PTH le 19 mai 2009. A cet égard, le Dr M._____ diagnostique dans son rapport médical du 8 septembre 2009 à l'OAI une coxarthrose droite avec PTH le 19 mai 2009. Le Dr X._____ retient lui aussi un status après PTH droite le 19 mai 2009 avec douleurs résiduelles, notant cependant

que le testing n'exacerbait pas la symptomatologie algique (rapport médical du 1^{er} novembre 2009 à l'OAI). S'agissant de la coxarthrose droite, la Dresse J._____ observe qu'il s'agit bien d'une nouvelle atteinte, ayant justifié une incapacité de travail dans toute activité dès le 19 mai 2009, tout en relevant que la capacité de travail est à nouveau entière dans une activité adaptée dès le 23 mars 2010 (avis médical du 5 juillet 2010). Elle suit en cela l'avis du Dr Y._____, selon lequel on pouvait s'attendre, d'un point de vue médical, à ce que la recourante reprenne une activité adaptée dès le 1^{er} avril 2010 (avis médical du 23 mars 2010). Il ne peut ainsi être fait grief à l'office intimé de n'avoir tenu compte, comme le soutient la recourante, que de la coxarthrose et non des autres diagnostics posés. La Dresse V._____ fait encore état dans son rapport médical du 10 mars 2011 d'une hypertension artérielle difficile à traiter. Il convient à cet égard de suivre l'appréciation du Dr Q._____, selon laquelle une hypertension artérielle, même si elle est mal contrôlée, n'empêche pas le travail. Il en va de même s'agissant de l'insuffisance veineuse des membres inférieurs (avis médical du SMR du 11 avril 2011). Quant au diabète de type II, un traitement a débuté le concernant.

Finalement, il convient de retenir qu'au plan somatique, il n'y a pas eu entre la dernière décision de refus de rente et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité.

c) Au plan psychiatrique, les médecins ne retiennent pas de diagnostics différents de ceux posés lors de la première demande de prestations. Ainsi le Dr M._____ fait état dans son rapport médical du 8 septembre 2009 d'un état dépressif et d'un trouble somatoforme. Il retenait déjà dans son rapport médical à l'OAI du 14 janvier 2004 un trouble somatoforme douloureux, un trouble dépressif récurrent et une dysthymie. Le Dr S._____ posait les mêmes diagnostics dans son rapport d'expertise psychiatrique du 19 novembre 2003. A la suite de l'examen clinique bidisciplinaire du 23 novembre 2005 auprès du SMR, les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant avec régression majeure (F45.4), de personnalité dépendante (F60.7), de

difficultés liées à l'acculturation (Z60.3), d'expérience de catastrophe de guerre et d'autres hostilités (Z65.5), et de disparition et décès d'un membre de la famille (Z63.4) ont été posés, ces diagnostics étant toutefois sans répercussion sur la capacité de travail. A cet égard, la recourante soutient qu'il n'était pas possible d'éluder la question d'un diagnostic de trouble de personnalité sur la base du seul facteur socio-culturel. Or le rapport d'examen clinique bidisciplinaire du 23 janvier 2006 motive de manière claire et convaincante les raisons pour lesquelles les diagnostics psychiatriques retenus sont sans répercussion sur la capacité de travail. On rappellera pour le surplus que la recourante n'a pas recouru contre la décision initiale de refus de rente du 16 novembre 2007, laquelle était notamment fondée sur le rapport d'examen bidisciplinaire du SMR du 23 janvier 2006.

Quant au suivi auprès du Centre de Psychiatrie du Nord Vaudois dont se prévaut l'intéressée, il a été entrepris à compter du mois de janvier 2011 (rapport du Dr G. _____ du 6 juin 2011), soit à une date ultérieure à la décision attaquée. Or selon une jurisprudence constante, le juge examine la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, devant en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1; 121 V 362 consid. 1b et les références). Il n'y a ainsi pas lieu d'en tenir compte dans le cadre de la présente affaire. Il ne se justifie dès lors pas de suspendre la procédure pour une durée de six mois ainsi que la recourante le requiert, pas plus que d'adresser une demande de renseignements complémentaires au Centre de Psychiatrie du Nord Vaudois.

d) Au vu de ce qui précède, la Cour de céans retient qu'il n'y a pas eu, entre la décision du 16 novembre 2007 et celle du 9 novembre 2010, de changement important des circonstances propres à influencer la capacité de travail. L'instruction du dossier permettant de statuer en toute connaissance de cause, on ne voit pas, dans ce contexte, ce qu'une expertise pluridisciplinaire pourrait apporter de plus, si ce n'est une

appréciation médicale supplémentaire, et il convient dès lors de rejeter la requête d'expertise pluridisciplinaire sollicitée par la recourante. En effet, l'autorité peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction si, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, elle est convaincue que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne peuvent plus modifier cette appréciation (ATF 130 II 425 consid. 2.1).

On relèvera toutefois que la présente appréciation ne préjuge pas, bien entendu, d'une éventuelle modification des faits déterminants postérieurement à la décision litigieuse, pouvant donner lieu à une nouvelle décision et le cas échéant à l'octroi d'une rente si les conditions en sont remplies.

5. a) Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1, 2a et 2b).

b) En l'espèce, l'intéressée est sans activité lucrative et ne reçoit plus de gain régulier depuis 2003. Dans ces circonstances, il ne peut être fait grief à l'office intimé d'avoir déterminé les revenus avec et sans invalidité en se référant aux données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, il est superflu de les chiffrer avec exactitude. En pareil cas, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (TFA I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2).

c) La recourante conteste l'abattement opéré par l'OAI sur le salaire avec invalidité. A son avis, seul un abattement de l'ordre de 20 à 25% aurait dû pouvoir entrer en considération.

Selon la jurisprudence (ATF 137 V 71), le point de savoir s'il y a lieu de procéder à un abattement sur le salaire statistique en raison de circonstances particulières (liées au handicap de la personne ou à d'autres facteurs) est une question de droit qui peut être examinée librement par le Tribunal fédéral. En revanche, l'étendue de l'abattement du salaire statistique dans un cas concret constitue une question relevant du pouvoir d'appréciation, qui est soumise à l'examen du juge de dernière instance uniquement si la juridiction cantonale a exercé son pouvoir d'appréciation de manière contraire au droit, soit a commis un excès positif ("Ermessensüberschreitung") ou négatif ("Ermessensunterschreitung") de son pouvoir d'appréciation ou a abusé ("Ermessensmissbrauch") de celui-ci (ATF 132 V 393 consid. 3.3).

Contrairement au pouvoir d'examen du Tribunal fédéral, celui de l'autorité judiciaire de première instance n'est en revanche pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative ("Angemessenheitskontrolle"). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle de l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6).

Il découle de ce qui précède que la juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu

d'invalide, doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe d'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé (mais limité à 25% [ATF 126 V 75]) serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration.

En l'occurrence, et dès lors que tant le revenu sans invalidité que celui avec invalidité ont été déterminés sur la base de l'ESS, les facteurs de réduction autres que les limitations fonctionnelles liées au handicap et le taux d'occupation (âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour) ont une influence identique sur les revenus avec et sans invalidité. Dans ces conditions, l'abattement de 10% retenu par l'office intimé ne prête pas le flanc à la critique. Cela étant, même s'il avait procédé à l'abattement maximum de 25% sur le revenu d'invalide (cf. ATF 126 V 75 consid. 5), le droit à la rente n'aurait pas été ouvert.

d) Selon la jurisprudence, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine, en règle générale, en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, raison pour laquelle il se déduit, en principe, du salaire réalisé par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Le Tribunal fédéral a par ailleurs admis qu'il y a lieu dans la comparaison des revenus de tenir compte du fait qu'un assuré touchait un salaire nettement inférieur aux salaires habituels de la branche pour des raisons étrangères à l'invalidité (p. ex. formation professionnelle insuffisante, limitation des possibilités d'emploi en raison du statut de saisonnier), lorsque les circonstances ne permettent pas de supposer que l'assuré s'est contenté d'un salaire plus modeste que celui qu'il aurait pu prétendre (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et les arrêts cités). Il a précisé que le revenu effectivement réalisé doit être considéré comme nettement inférieur aux salaires habituels de la branche lorsqu'il est

inférieur d'au moins 5% au salaire statistique usuel dans la branche; ce revenu peut, si les autres conditions sont réalisées, justifier un parallélisme des revenus à comparer, lequel doit porter seulement sur la part qui excède le taux déterminant de 5% (ATF 135 V 297).

En l'occurrence, l'argumentation de la recourante relative au revenu nettement inférieur à la moyenne n'est pas pertinente, dès lors que le revenu sans invalidité a été évalué sur la base de l'ESS.

6. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 LPA-VD). Celle-ci ayant été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, ils seront toutefois provisoirement supportés par l'Etat.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, puisque la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 9 novembre 2010 est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- 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 mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Procap Service juridique (pour F. _____)
- 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 :