

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 août 2019

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
MM. Neu et Métral, juges
Greffier : M. Klay

Cause pendante entre :

Z._____, à [...], recourante, agissant par son curateur Thierry Dewinter, curateur auprès de l'Office des curatelles et tutelles professionnelles, et représentée par Me Karim Hichri, avocat auprès d'Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8, 16, 17 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1, 28a LAI ; art. 27 al. 1, 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...] au W._____, femme au foyer depuis plusieurs années et employée de cabaret auparavant, a déposé le 1^{er} décembre 2009 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en faisant état de hernies discales (médiane et para-médiane) au bas du dos, d'un problème décelé à la hanche, ainsi que de divers troubles de l'estomac, atteintes existant depuis environ trois à quatre années. Elle y indiquait également avoir obtenu un diplôme de coiffeuse auprès de l'école de coiffure « [...] » au W._____, lequel était produit.

En parallèle, dans un rapport du 12 octobre 2009, le Dr R._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, a notamment indiqué ne pas constater cliniquement de syndrome lombo-vertébral ni de signe pour un syndrome radiculaire des membres inférieures.

Le 7 décembre 2009, l'assurée a précisé que si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé, son taux d'activité aurait été de 60 % depuis 2005 dans des activités professionnelles de petit ménage ou d'aide-coiffeuse, et cela par nécessité financière.

Par rapport du 30 décembre 2009, le Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombo-sciatalgies gauches et douleurs lombaires sur discopathie lombaire, de prolapsus discal L3-L4 gauche, de canal lombaire étroit L4-L5, de hernie discale médiane et para-médiane droite L5-S1, d'état dépressif, de tendance à la dépendance de substances (benzodiazépines, Tramadol) et d'ancienne dépendance à l'alcool sevrée en 2001. Les diagnostics sans effet sur la capacité de travail étaient une hernie hiatale avec reflux gastro-œsophagien, une probable broncho-

pneumopathie chronique obstructive sur tabagisme actif et une tachycardie supra-ventriculaire intermittente.

Dans un rapport du 17 février 2010, le Dr R. _____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombosciatalgies gauches, de hernie discale L5-S1 et de canal étroit L4-L5.

Aux termes d'un rapport du 20 avril 2010, le Dr N. _____, spécialiste en médecine interne générale auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a considéré que l'assurée présentait les atteintes principales à la santé de lombosciatalgies gauches et douleurs lombaires sur discopathies lombaires, de prolapsus discal L3-L4 gauche, de canal lombaire étroit L4-L5 dégénératif et de hernie discale médiane et paramédiane droite L5-S1. Ce médecin mentionnait également un état dépressif en tant que pathologie associée du ressort de l'assurance-invalidité, ainsi qu'une tendance à la dépendance aux substances et ancienne dépendance à l'alcool survenant en 2001, une tachycardie supraventriculaire intermittente et une hernie hiatale en tant que facteurs et diagnostics associés non du ressort de l'assurance-invalidité. Concernant la capacité de travail de l'intéressée dans son activité habituelle, le Dr N. _____ écrivait que l'assurée était ménagère depuis plus de 10 ans et qu'il fallait se référer à l'enquête ménagère. Elle présentait en outre une capacité de travail pleine depuis avril 2008 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, lesquelles étaient les suivantes : « pas de port de charges, pas de travail nécessitant d'être penchée en avant et de maintenir le rachis en porte-à-faux, possibilité d'alterner les positions assises et debout au gré de l'intéressée ou d'utiliser un siège ergonomique, pas de soulèvement ou de port de poids, l'activité de type sédentaire ou semi-sédentaire répartie sur cinq jours ouvrables ». Le Dr N. _____ expliquait que les problèmes de santé retenus étaient ceux nommés par le Dr L. _____. En outre, le rapport du Dr R. _____ du 17 février 2010 permettait d'établir les limitations fonctionnelles somatiques secondaires aux lombosciatalgies banales, sans trouble neurologique ou radiculaire de type sensitivomoteur.

Le 30 août 2010, une enquête économique sur le ménage a été effectuée chez l'assurée. L'enquêtrice a rendu son rapport le 2 septembre 2010 et y proposait de retenir que sans atteinte à la santé l'intéressée serait ménagère à 40 % et travaillerait au taux de 60 % ; ce dernier taux devrait être revu à la hausse dès que ses enfants seraient devenus plus indépendants. Sur une activité ménagère à temps plein, l'intéressée présentait un taux d'invalidité de 24.6 %. Son mari exécutait les travaux ménagers que l'assurée, en raison de son invalidité, ne pouvait plus accomplir par elle-même. L'enquêtrice rapportait notamment que l'intéressée disait souffrir de deux hernies discales. Les lombalgies étaient constantes et son état algique la déprimait. Le froid aggravait les douleurs qui irradiaient jusque dans les pieds. Des fourmillements étaient ressentis dans la jambe gauche. La marche se faisait sur de petites distances. L'enquêtrice décrivait les empêchements de l'assurée dus à l'invalidité comme il suit :

« **Conduite du ménage** [...] »

Pas d'empêchement.

Alimentation

Avant l'atteinte, l'assurée avait l'habitude de préparer des repas complets, composés régulièrement de couscous et d'autres plats [...] qui nécessitaient une longue présence à la cuisine.

Depuis l'atteinte, elle a beaucoup de peine à rester en position debout statique. Elle a opté pour une alimentation plus simple, en privilégiant des plats congelés comme des lasagnes toutes faites.

Depuis 2 ans, elle dit ne plus faire de nettoyage, a engagé une femme de ménage mais a dû la congédier en raison d'abus de confiance. Elle veut faire venir quelqu'un de son pays pour la remplacer.

Pas de problème pour remplir et vider le lave-vaisselle et nettoyer tout ce qui est à son niveau. Les activités se font par étape en se couchant régulièrement sur le divan. Le frigo est nettoyé avec un produit et du papier ménage. Le reste des nettoyages n'est pas fait car n'arrive pas à se pencher en avant ou à se baisser, n'ose pas monter sur un tabouret.

Entretien du logement [...]

Avant l'atteinte, l'assurée gérait seule l'entretien de son logement.

Depuis, une femme de ménage a apporté l'aide jusqu'à son licenciement. Son mari qui travaille toute la semaine comme concierge, apporte l'aide depuis. Ce dernier passe l'aspirateur le dimanche. Son fils fait sa chambre et aide beaucoup sa maman. Pas

de problème pour nettoyer tout ce qui est à sa hauteur comme ôter la poussière.

L'intéressée lave les sols avec la brosse et la serpillère, a dû abandonner la méthode [...] sur les genoux pour frotter la surface. La position baissée est trop douloureuse.

Son mari nettoie les vitres comme avant l'atteinte. Les lits sont changés avec son aide pour ménager le dos. Les à-fonds sont abandonnés depuis que la femme de ménage est partie.

Emplettes et courses diverses [...]

L'assurée ne conduit pas. Les courses se font le samedi matin avec son mari qui la véhicule comme avant l'atteinte. Depuis le problème de dos, il gère le port-de-charge.

L'intéressée évite de porter, achète les petites choses manquantes en semaine si nécessaire.

Son mari fait les paiements, l'intéressée ne sait pas lire ni écrire le français.

Lessive et entretien des vêtements [...]

L'assurée gère la lessive comme avant l'atteinte.

Depuis le problème des hernies discales, les habits ne sont plus repassés car la station debout est trop pénible. Son mari repasse ses vêtements si besoin.

Soins aux enfants ou aux autres membres de la famille [...]

En raison du problème de dos, les enfants ne peuvent pas sortir pour aller jouer dehors autant qu'ils en auraient besoin ou envie, leur mère a de la difficulté à marcher sur de longues distances.

Divers [...]

Pas de problème pour s'occuper des plantes vertes. Pas d'autres divers.

[...] »

Par projet de décision du 2 mai 2011, l'OAI a informé l'intéressée de son intention de rejeter sa demande de rente, considérant ce qui suit :

« Tenant compte de vos déclarations, nous retenons que sans atteinte à la santé, vous auriez exercé une activité lucrative à un taux de 60 %, les 40 % restant étant consacrés à la tenue de votre ménage. Nous vous reconnaissons de ce fait le statut d'active à 60 % et de ménagère à 40 %.

Atteinte dans votre santé, vous présentez depuis avril 2008 (début du délai d'atteinte d'un an) une incapacité de travail dans l'activité qui a été la vôtre dans le passé (employée de cabaret).

Par contre, vous conservez depuis lors une pleine capacité de travail dans toute activité lucrative adaptée aux limitations fonctionnelles édictées sur le plan médical, à savoir ; Pas de port de charges, pas de travail nécessitant d'être penchée en avant et de maintenir le rachis en porte-à-faux, possibilité d'alterner les positions assises et debout au gré de l'assurée ou d'utiliser un siège ergonomique, pas de soulèvement ou de port de poids, l'activité de type sédentaire ou semi-sédentaire répartie sur 5 jours ouvrables.

Quant aux empêchements présentés dans la tenue de votre ménage, ceux-ci sont évalués à 24.6 % selon l'enquête effectuée sur place.

Afin de déterminer votre préjudice économique, et par conséquent le degré d'invalidité pour la part active, le revenu que vous auriez pu obtenir dans l'exercice d'une activité exercée à un taux de 60 % sans atteinte à la santé (revenu sans invalidité) et comparé aux gains que vous pouvez réaliser dans l'exercice d'une activité adaptée (revenu avec invalidité) également exercée à un taux de 60 %.

Compte tenu du fait que vous n'avez exercé en Suisse qu'une activité il y a plus de 10 ans avec des revenus minimes en tant qu'employée de cabaret durant une courte durée, 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 [ESS], pour estimer le revenu sans invalidité. On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisé, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2008, CHF 4'116.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur le structure des salaires 2008, TA1 ; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2008 (41,6 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'280.64 ($CHF\ 4'116.00 \times 41,6 : 40$), ce qui donne un salaire annuel de CHF 51'367.68.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2008 à 2009 (+ 1.60 % ; La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 52'189.56 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Attendu que sans atteinte à la santé vous exerceriez une activité lucrative à un taux de 60 %, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 31'313.74 par année. Ce montant détermine le revenu sans invalidité.

Le revenu avec invalidité est déterminé de la même manière. Or, 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 (arrêt du 23 septembre 2003, I 418/03 et les références).

La réduction du salaire statistique est déterminée en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, à l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjours et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidité, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25 % (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc).

En l'espèce, seules les limitations liées au handicap sont susceptibles d'entrer en ligne de compte. En effet, comme précisé ci-dessus, le revenu sans invalidité étant également déterminé sur la base de l'ESS, tous les autres facteurs de réduction 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.

En conclusion, compte tenu des limitations fonctionnelles présentées, un abattement de 10 % est justifié. Ce taux constitue le degré d'empêchement pour la part active.

Nous relevons encore que dans la mesure où le montant retenu comme revenu d'invalidité représente le salaire mensuel brut (valeur centrale) pour des postes de travail qui ne requièrent pas de qualifications professionnelles particulières, force est d'admettre que la plupart de ces emplois sont, abstraction faite des limitations physiques éprouvées, conformes à vos aptitudes. Par ailleurs, au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit également convenir qu'un nombre significatif de ces activités sont légères et sont donc adaptées à votre handicap (arrêt du TFA du 21 juillet 2005, I 298/04).

Ainsi, le degré d'invalidité présenté à l'échéance du délai de carence d'une année prévu à l'article 29 LAI, soit en avril 2009, et déterminé ainsi tenant compte des deux domaines d'activités ;

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Active	60 %	10.00 %	6.00 %
Ménagère	40 %	24.60 %	9.84 %
Degré d'invalidité			15.84 %

Un degré d'invalidité inférieur à 40 % ne donne pas droit à une rente d'invalidité. »

Par décision du 14 juin 2011, l'OAI a confirmé le projet de décision susmentionné.

A teneur d'une ordonnance de mesures superprovisionnelles du 18 février 2013, le Président du Tribunal d'arrondissement [...] a, dans le cadre d'une procédure de divorce sur demande unilatérale divisant l'assurée de son mari, suspendu provisoirement l'application de certains chiffres d'une convention du 28 février 2012 ratifiée le jour même pour valoir prononcé de mesures protectrices de l'union conjugale, confié provisoirement la garde des deux enfants au père, octroyé un libre et large droit de visite à l'intéressée et attribué la jouissance du logement conjugal au père.

B. Le 2 juillet 2013, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI.

Dans une décision du 14 janvier 2014 confirmant un projet de décision du 14 novembre 2013, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande. Il a estimé que l'intéressée n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision.

C. Le 15 décembre 2014, l'assurée a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI, faisant état d'un syndrome d'encéphalopathie et d'un diabète, tous deux existant depuis 2012, ainsi que d'un trouble de la personnalité existant depuis l'adolescence. Elle y indiquait notamment qu'elle était séparée de son ex-mari depuis 2012. Cette demande a été déposée à nouveau le 15 janvier 2015, munie cette fois-ci également de la signature du curateur de l'intéressée.

En parallèle, aux termes d'un rapport du 4 septembre 2012 produit le 29 septembre 2015, le Dr K._____, spécialiste en neurologie, et les Dres M._____, et V._____, tous médecins au Service de neurologie - Hospitalisation du Centre hospitalier T._____, (ci-après : le T._____), ont indiqué que l'assurée avait séjourné dans leur service du

18 octobre au 13 novembre 2012 pour un état confusionnel et tétraparésie. Ils ont posé les diagnostics principaux d'atteinte du système nerveux central avec syndrome d'encéphalopathie postérieure réversible et vasospasmes des artères cérébrales moyennes, ainsi que d'atteinte du système nerveux périphérique avec mononévrites multiples, d'origine toxique. Ils ont évoqué, en tant que comorbidités passives, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés tous substitués par morphine depuis juillet 2011 (F11.2), des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne (F14.2), des troubles de la personnalité borderline (F60.3) et des troubles de la personnalité dépendante (F60.7). Ces médecins ont en outre considéré notamment ce qui suit :

« Status à l'entrée

[...] MI[membres inférieurs] : hyperalgie généralisée avec une hypoesthésie claire en chaussette G[gauche]>D[droite]. ROT[réflexe ostéo-tendineux] : présents hypovifs aux MS [membres supérieurs] ddc [des deux côtés], absents aux MI ddc, RCP [réflexes cutanés plantaires] indifférent. Reflexe masseterin normovif, Hoffmann absent ddc. Bardikinésie sévère.

Synthèse - Evolution et discussion

Mme Z. _____ présente une tétraparésie hypo/aréflexique associée à un ralentissement psychomoteur important et à un syndrome extrapyramidal. Une angio-IRM [imagerie par résonance magnétique] cérébrale et médullaire montre une leuco-encéphalopathie à prédominance postérieure pariéto-occipitale bilatérale, compatible avec un syndrome d'encéphalopathie postérieure réversible (PRES), probablement en relation avec une atteinte toxique directe dans le contexte clinique évocateur (prise de cocaïne par voie IV), sans lésion à l'étage médullaire.

Cette atteinte centrale, pouvant expliquer la symptomatologie cognitive marquée par le ralentissement psychomoteur massif, ne permet cependant pas de mieux comprendre la tétraparésie, raison pour laquelle, au vu d'un examen clinique démontrant des atteintes tronculaires multiples, nous réalisons un ENMG [électroneuromyogramme]. Cet examen permet de poser le diagnostic de neuropathie périphérique proximo-distale, avec une atteinte sensitivo-motrice de forme axonale sévère.

[...] Suspectant une vasculite nous débutons alors un traitement de corticostéroïde et réalisons une biopsie du muscle péronier latéral gauche et du nerf péronier superficiel gauche qui montre des altérations significatives d'aspect chronique et/ou anciennes, notamment le muscle squelettique atrophique avec lipomatose et des signes de réinnervation, avec perte sévère des grands axones myélinisés, mais sans signes compatibles avec une vasculite. Au vu d'un deuxième examen ENMG mettant en évidence une ultérieure aggravation électrophysiologique, une seconde biopsie est effectuée

dans le muscle quadriceps droit qui confirme les conclusions de la première. Une vasculite semblant dès lors peu probable (pas d'atteinte systémique autre, pas de pléiocytose ni de syndrome inflammatoire significatif vu contexte infection urinaire concomitante), nous interrompons de manière progressive le traitement de prednisone. [...]

Status à la sortie

[...] MI : hyperalgie généralisée avec une hypoesthésie claire en chaussette G>D. ROT : présents hypovifs aux MS ddc, absents aux MI ddc, RCP indifférent. Se déplace en chaise roulante ou avec aide de deux personnes.
[...] »

Par rapport du 13 mars 2013 produit le 21 avril 2015, les Drs X._____, spécialiste en neurologie et en médecine physique et réadaptation, Y._____ et I._____, tous médecins à l'Hôpital Neurologique de la Fondation O._____, ont indiqué que l'assurée y avait séjourné du 20 décembre 2012 au 15 mars 2013. Ils ont posé les diagnostics d'atteinte du système nerveux central avec syndrome d'encéphalopathie postérieure réversible et vasospasmes des artères cérébrales moyennes, ainsi que d'atteinte du système nerveux périphérique avec mono-névrites multiples, d'origine toxique, avec cliniquement tétra-parésie et troubles cognitifs. Au titre des comorbidités actives et diagnostics secondaires, ont été évoqués une tuberculose latente, une hépatite C génotype 3A avec cryoglobulinémie négative, un diabète cortico-induit en octobre 2012, une sonde urinaire pour rétention aigue d'urine récidivante en novembre 2012, des troubles du comportement liés à l'utilisation d'opiacés substituée depuis juillet 2011, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, des troubles de la personnalité de type borderline, des troubles de la personnalité dépendantes, plusieurs tentamen médicamenteux (1999, 2001 et 2002) et un tabagisme à 44 unités paquets-années sevré, et consommation d'alcool à risque. Les médecins expliquaient qu'entre le 30 septembre et le 3 octobre 2012, l'intéressée avait présenté un état confusionnel associé à une maladresse et des chutes fréquentes, ce qui avait justifié son hospitalisation, puis son transfert au sein de leur Fondation pour une neurorééducation intensive. Ils ont en outre apprécié la situation de l'assurée notamment comme il suit :

« [...]

Status neurologique :

[...]

ROT : hyper-vifs et symétriques aux 2 MS. Réflexes rotuliens hypovifs ddc. Les réflexes achilléens sont abolis ddc. RCP neutres. Pas de réflexes archaïques.

SMC [syndrome myasthéniques congénitaux] : Pas d'amyotrophie. Pas de trouble du tonus. L'épreuve des bras tendus montre une pronation à gauche sans chute. L'épreuve des jambes fléchies montre un abaissement de la jambe droite. Pas de fasciculation ni de mouvements anormaux. [...] Pas d'anomalie des épreuves doigt-nez et de la diadocosinésie. L'épreuve talon-genou montre un crochetage ddc. La position debout et la marche ne sont pas réalisables chez cette patiente fatigable.

Sensibilité : paresthésies et dysesthésies (picotements, brûlures et broiements en étau) des deux MS et des deux MI en chaussette. Hypoesthésie tacto-algique des 4 extrémités, en chaussette aux MI. La pallesthésie est de 5/8 à D et 8/8 à G. Pas d'anomalie du sens postural. La stéréognosie est conservée.

[...]

Appréciation et discussion :

[...]

Sur le plan neuropsychologique, à l'admission, en comparaison avec le bilan réalisé au T. _____, il est déjà observé des points positifs, avec une évolution favorable des capacités gnosiques visuelles, de la mémoire antérograde visuelle et des ressources attentionnelles. Même si la patiente a collaboré, elle a participé de façon plutôt passive aux thérapies. En fin de séjour, le bilan d'évolution objective une amélioration dans plusieurs domaines avec la normalisation des performances au niveau de la fluence verbale catégorielle, de la mémoire à court terme verbale, de la mémoire antérograde et des gnosies visuelles. En revanche, les autres domaines investigués (mémoire antérograde visuelle, mémoire de travail, planification, raisonnement, attention soutenue et sélective) apparaissent stables, excepté une légère péjoration concernant l'orientation temporelle et la mémoire antérograde verbale (apprentissage). L'évolution positive du tableau neuropsychologique, en particulier pour les troubles touchant la modalité visuelle (gnosies et mémoire visuelles), sont compatibles avec un syndrome d'encéphalopathie postérieure réversible. Néanmoins, la participation de facteurs toxiques et psychiatriques (personnalité borderline) dans le tableau observé ne peut être exclue et pourrait expliquer les légères fluctuations.

De notre point de vue, les déficits exécutifs présentés par la patiente, en association avec son faible niveau de scolarisation, sont de nature à interférer avec l'organisation des activités de la vie quotidienne (gestion des rendez-vous, gestion des médicaments, ...) ainsi que pour s'adapter à des situations nouvelles (gérer seule des activités qu'elle gérait auparavant avec son époux). En accord avec l'équipe soignante et avec la patiente, un encadrement adapté a été mis en place pour le retour à domicile. Pour la gestion des affaires

administratives, la patiente continue à être suivie par une assistante sociale et une expertise médicale sera réalisée à la demande du juge pour évaluer la pertinence d'une mesure de curatelle. En raison du faible intérêt de la patiente envers les thérapies en neuropsychologie, un suivi ambulatoire n'a pas été proposé.

Sur le plan fonctionnel : à son admission, madame Z. _____ était dépendante pour toutes les AVQ [activités de la vie quotidienne], avec une cheville droite qui partait en inversion et ceci même avec une attelle et un bandage. L'équilibre debout était précaire, la patiente pouvait se tenir debout, juste entre les barres parallèles, avec les genoux en hyper extension. Même si la patiente était peu motivée, les explications de l'utilité des thérapies, avec pour but le retour à domicile, ont abouti, avec une bonne progression, sur le plan moteur et fonctionnel. En fin de séjour, elle a retrouvé une autonomie pour tous les transferts et gère bien la station debout avec un léger appui en positionnement du pied droit. Elle n'a plus besoin d'attelle. Elle marche avec deux cannes anglaises à l'intérieur et à l'extérieur, sait appréhender tout type de terrains. Les retournements au lit se font de manière sécuritaire, elle peut se relever du sol sous surveillance avec un appui stable. Elle est capable de monter et descendre les escaliers avec appui de la rampe à gauche et une canne. Ceci a permis le sevrage du fauteuil roulant.

Elle a aussi retrouvé une autonomie pour la toilette-habillage, ainsi que pour la gestion des transferts pour les WC. Madame Z. _____ ne présente plus de trouble sphinctérien. Elle a progressé malgré la persistance des paresthésies des deux membres inf. [inférieurs] qui ont entravé cette amélioration.

En conclusion, elle a progressé tant sur le plan moteur et fonctionnel que cognitif. [...]

[...] Il lui a été transmis qu'à cause des séquelles motrices et cognitives, elle n'avait actuellement pas le droit de conduire un véhicule automobile. »

Par lettre du 3 octobre 2013, produite le 15 janvier 2015, la Justice de paix du district de [...] indiquait qu'elle avait nommé un curateur à l'assurée le 12 août 2013.

Aux termes d'un rapport du 12 février 2015, le Dr B. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au Centre G. _____ et psychiatre traitant, a retenu les diagnostics de trouble de la personnalité mixte à traits émotionnellement labiles et dépendants, de trouble dépressif, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, de syndrome de dépendance aux opiacés, actuellement abstinente, et de syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinente. Ce médecin

estimait que l'assurée était dans l'incapacité totale de travailler et cela depuis environ quatre ans.

Dans un rapport du 7 avril 2015, le Dr B._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble de personnalité mixte à traits émotionnellement labiles et dépendants (F61), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans syndrome psychotique (F33.3), et de syndrome de dépendance à des multiples substances, actuellement sous traitement de substitution depuis juillet 2011 (F19.22). Ce médecin avait débuté le suivi le 21 février 2011. Il estimait qu'une grande intolérance à la frustration ainsi que des difficultés relationnelles importantes étaient mises en évidence par les observations cliniques actuelles et les informations anamnestiques. Le pronostic demeurait de ce fait réservé, vu le dysfonctionnement relationnel et la dysrégulation affective et comportementale quasi-permanents. Il considérait cependant que l'état thymique de l'assurée pourrait être influencé favorablement par le suivi psychothérapeutique, complété par un traitement médicamenteux. L'incapacité de travail était totale.

Par rapport du 21 avril 2015, la Dre J._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de douleurs chroniques de l'hémicorps droit et troubles de l'équilibre consécutifs à un syndrome d'encéphalopathie postérieure réversible avec mononévrites multiples d'origine toxique, de polyneuropathie des membres inférieurs à prédominance droite probable d'origine multifactorielle toxique et diabétique, de « cervicalgies et lombalgies récidivantes ctx [télopeptide C-terminal] troubles statiques et hernie discale », de troubles mentaux et de comportement liés à l'utilisation d'opiacés, de troubles de la personnalité borderline et de troubles de la personnalité dépendante. Les diagnostics sans effet sur la capacité de travail étaient un diabète de type II, une obésité, une dyslipidémie, un reflux gastro-œsophagien sur hernie inguinale, et une tuberculose latente traitée d'octobre 2012 à mars 2013. La Dre J._____ attestait une incapacité de travail totale. Elle expliquait notamment que pour autant qu'elle puisse en juger, puisqu'elle ne

connaissait l'intéressée que depuis mai 2014, celle-ci avait encore fait quelques progrès. Elle pouvait s'occuper du ménage, des courses et de la lessive ainsi que de la préparation des repas. Elle avait par contre des douleurs chroniques nécessitant une médication lourde et elle était vite dépassée en situation de conflit ou de stress. Elle avait en outre constaté médicalement de vifs réflexes ostéo-tendineux au niveau des membres supérieurs, qu'elle n'avait pas obtenus au niveau des membres inférieurs. Elle relevait également une diminution de la sensibilité et une dysesthésie en chaussette du membre inférieur droit. Il n'y avait pas de latéralisation. La Dre J. _____ rapportait encore une marche avec élargissement du polygone. Les restrictions étaient des douleurs chroniques, des troubles psychiques, des difficultés d'adaptation et un illettrisme.

Dans un rapport du 29 septembre 2015, le Dr B. _____ a indiqué que, si l'assurée présentait une incapacité de travail totale pour des raisons psychiques dès février 2011, la demande de prestations n'avait été déposée qu'en février 2015 car il lui avait fallu un travail d'acceptation de sa maladie auparavant.

Le 17 novembre 2015, le Dr H. _____, spécialiste en médecine du travail au SMR, a recommandé la réalisation d'un examen neuropsychologique (avec aptitude à la conduite).

Aux termes d'un rapport du 10 février 2016 ensuite d'un examen neuropsychologique du 28 janvier 2016, Mme Q. _____, psychologue spécialiste en neuropsychologie au Cabinet de neuropsychologie de [...], a notamment indiqué que l'assurée lui avait expliqué que l'intensité de la baisse des capacités de mémoire, ensuite de son problème neurologique en 2012, avait nettement diminué mais restait toutefois très gênante au quotidien (oublis des conversations, peine à retrouver les objets personnels et à se souvenir des rendez-vous). L'intéressée se disait autonome pour les activités simples de la vie quotidienne (toilette, habillage, prise et préparation des repas, réalisation des activités ménagères hormis le nettoyage du sol (« douleurs aux pieds et épaules coincées »). Son fils aîné l'aidait pour le courrier, ainsi que son

curateur, avec qui elle entretenait une relation conflictuelle. Mme Q._____ rapportait également que l'assurée ne s'était pas présentée au rendez-vous du 7 janvier 2016. Il était ressortit d'un entretien téléphonique avec l'intéressée que celle-ci pensait que l'année 2016 n'avait pas encore commencé. Il était finalement convenu que l'examinatrice appellerait l'assurée la veille du nouveau rendez-vous fixé au 28 janvier 2016. Avant ce rendez-vous, l'intéressée avait téléphoné pour demander si elle devait se présenter le 25 janvier 2016, en confondant avec un autre rendez-vous. Mme Q._____ a précisé en outre que, compte tenu du niveau d'acquisition, la production verbale en français était sans particularité, l'expression de contenus simples étant fluente et informative, sans trouble lexico-sémantique ni articulatoire. La compréhension auditivo-verbale en situation conversationnelle était satisfaisante ; les consignes et un ordre complexe étaient bien exécutés. L'écriture spontanée d'un mot en arabe était possible, alors qu'aucune production n'était possible en français. L'assurée était par ailleurs incapable de lire le français, n'en connaissant pas l'alphabet ; même l'identification de mots courts, concrets et fréquents étant laborieuse. Mme Q._____ a conclu ainsi :

« **CONCLUSION** : cette évaluation neuropsychologique met en évidence de faibles performances cognitives dans la plupart des domaines testés (attention, mémoire, aptitudes exécutives, calcul, praxies constructives, langage écrit et raisonnement). Leur interprétation est très difficile du fait que l'assurée présente des acquisitions scolaires extrêmement faibles. De ce fait, la comparaison entre ses résultats et ceux des sujets contrôlés n'est pas réalisable. A noter par ailleurs qu'elle ne connaît pas l'alphabet européen alors qu'elle a des connaissances rudimentaires de l'arabe écrit. A cause de son analphabétisme, elle a renoncé à l'apprentissage de la conduite automobile. Suite à son encéphalopathie, elle a présenté des signes d'agnosie visuelle et une désorientation spatio-temporelle qui ont régressé. Alors que la plupart des difficultés observées semblent antérieures aux problèmes de santé survenus depuis 2012, il est probable que ses aptitudes d'attention et de mémoire aient diminué, en lien vraisemblablement aussi avec ses troubles anxio-dépressifs. »

Le 9 mars 2016, le Dr H._____, estimant que l'atteinte organique était visiblement écartée et qu'il convenait désormais d'effectuer une évaluation psychiatrique, a recommandé la réalisation d'un examen SMR ou d'une expertise psychiatrique.

Par rapport d'expertise psychiatrique du 15 novembre 2017, les Drs S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et D._____, tous deux médecins au Centre F._____, de psychiatrie (ci-après : F._____), ont apprécié la situation de l'assurée comme il suit (sic) :

« [...] »

I. Contexte social

[...]

2. Description détaillée du quotidien et de l'environnement de l'assuré

Mme Z._____ vit dans un appartement de 3 pièces (dont 2 chambres, cuisine et salon) avec son enfant de 12 ans. C'est elle-même qui s'occupe de faire le ménage, bien qu'avec difficultés, selon ses dires, en raison de ses douleurs physiques. Elle s'occupe également de sa personne et de son fils cadet ainsi que de faire les achats. Elle entretient une vie sociale relativement pauvre et restreinte en raison de ses problèmes au niveau physique, car elle se sent très rapidement fatiguée en raison de ses comorbidités. Madame se lève à 6h, prépare le petit déjeuner pour son fils et elle. Une fois ce dernier parti à l'école, elle fait son ménage. Elle se plaint souvent de douleurs en lien avec sa santé et de ses difficultés à faire le ménage. L'assurée déjeune à midi puis passe l'après-midi à regarder la télévision. Notions de sorties pour faire des courses (« pour se faire plaisir ») ainsi que de promenades au bord du lac en prenant des photos. Le soir, elle soupe avec son fils à 20h30 et lorsqu'ils ont terminé, le reste de la soirée est consacrée à voir des films à la télévision. Elle se couche vers 23h ; le sommeil se présente non réparateur et fluctuant pendant la nuit.

3. Appréciation de la partie non médicale du dossier, relative par ex. à l'entraînement au travail et à la tenue du ménage

Mme Z._____ est autonome pour l'entretien de son ménage (bien qu'elle relate des difficultés – plus de temps pour le faire – ainsi que de la fatigue).

L'assurée n'a pas de permis de conduire, cependant elle se déplace aisément en transports publics. Elle ne travaille pas depuis 2012 (dernier emploi dans un cabaret).

[...]

5. Description détaillé des ressources disponibles ou mobilisables (soutien de l'assuré par son réseau sociale, aptitude à la communication, motivation, adhésion à la thérapie etc.)

L'assurée maîtrise le français et l'arabe de manière basique à moyenne en ce qui concerne l'expression orale, cependant elle n'a aucune connaissance au niveau écrit.

[...] Mme Z._____ présente un léger ralentissement moteur en lien avec ses comorbidités. La situation familiale est précaire, car elle est divorcée et vit avec son fils âgé de 12 ans. Dans le but de laisser dormir ce dernier dans un environnement plus protégé, elle dort au salon, laissant sa chambre à son fils (elle dort sur un canapé peu confortable qui provoque ses douleurs).

Pas de ressources mobilisables. Même si elle adhère aux soins psychiatriques en raison des troubles cognitifs, elle rate et oublie souvent les entretiens fixés. Le suivi qui a été mis en place n'est pas suffisant à garantir une stabilité sur la durée.

II. Atteinte à la santé

1. Manifestation et gravité des contacts objectifs (status clinique)

[...]

Orientée dans les quatre modes. Vigilante, sans perturbation de la conscience. Le discours est cohérent mais avec un contenu pauvre.

Nous n'avons pas remarqué la présence d'altérations objectives de la sphère cognitive ayant un retentissement fonctionnel. Dans le rapport médical (Doc 46 pages 6 et 7) du 07.04.2015 de Mme C._____, psychologue - psychothérapeute FSP, et du Dr B._____, médecin spéc. FMH psychiatrie-psychothérapie, il est mentionné que l'assurée présente une désorientation dans le temps et dans l'espace avec de la peine à se rendre à ses rendez-vous médicaux, ayant besoin d'en être avertie à l'avance. Elle présente également des limites concernant la capacité d'attention et de concentration liées à l'impossibilité de suivre une scolarité (bien que Mme Z._____ se trouve en Suisse depuis plusieurs années, son langage reste très simple, comportant souvent des erreurs de syntaxe et de prononciation). Les capacités mnésiques, selon le rapport, sont aussi bien limitées, Mme Z._____ ayant besoin de noter les choses au quotidien pour éviter les oublis. La capacité d'adaptation au changement est limitée, avec une réaction de tension et d'irritabilité en cas de situations nouvelles ; le stress inhérent aux changements peut être un facteur de déstabilisation psychique et aggrave la symptomatologie. Une péjoration progressive des capacités cognitives séquentielles est à noter, due à la consommation antérieure de substances psycho-actives et à l'actuelle prise de médicaments opiacés.

Le tableau clinique n'est pas compatible avec la description que l'assurée fait de son quotidien (elle s'occupe de l'éducation de son fils, gère l'entretien de sa maison, est autonome dans ses déplacements et fait sans difficulté ses achats, ceci malgré son illettrisme).

Concernant la ligne dépressive, nous n'avons pas remarqué la présence d'anhédonie, aboulie, apathie, de perte de l'élan vital et

difficulté à se projeter dans l'avenir. A noter un dernier tentamen suicidaire par veinosection pendant l'année 2000 ; actuellement, l'assurée se montre critique à l'égard de son geste.

Au niveau du registre maniaque : absence d'accélération du discours et du comportement qui puisse faire supposer la présence d'un état maniaque.

Concernant la lignée anxieuse ; présence d'une anxiété fluctuante liée aux difficultés de la vie quotidienne. Absence de phobies, de troubles post-traumatiques, de pensées obsessionnelles et compulsives.

Concernant les conduites addictives : malgré un passé de politoxicomanie, l'expertisée se dit actuellement abstinent à toute les substances psycho-actives ; au cours des trois entretiens, il n'a été possible d'objectiver ni symptômes de sevrage ni d'intoxication aiguë.

Nous n'avons pas estimé nécessaire de mesure le QI de Mme Z. _____ qui semble se situer dans la norme, bien que probablement dans une limite inférieure.

L'assurée ne présente aucun trouble de la pensée sous forme de clivages, barrages ou réponses à côté. Pas d'idées délirantes ni de troubles de la perception sous forme d'hallucinations auditives, visuelles, olfactives ou cénesthésiques. Pas d'idées de concernement simples ou structurées.

L'appétit est conservé.

Au niveau de ses intérêts, elle relate se faire plaisir avec de courtes promenades.

Les entretiens se déroulent en langue française, d'une durée d'environ 2 heures chacun, pendant lesquels l'assurée n'a jamais adopté de positions antalgiques ni changé de position.

2. Constatations relatives aux formes que prend l'atteinte à la santé

Mme Z. _____ est autonome dans l'entretien de son ménage (bien qu'elle relate des difficultés – plus de temps pour le faire – ainsi que de la fatigue).

L'assurée n'a pas de permis de conduire, cependant elle se déplace aisément en transports publics. Elle présente des troubles cognitifs légers (troubles de la mémoire, de l'attention et de la concentration) qui nous semblent attribuables à l'état anxieux et à son passé de toxicomane.

Absence de symptômes du registre psychotique.

Absence de critères en faveur d'un trouble affectif bipolaire (absence d'épisodes clairs d'exaltation ou de baisse de son humeur).

Absence de critères en faveur d'un trouble hypercinétique avec perturbation de l'activité de l'attention.

3. Distinction entre, d'une part, la diminution des capacités fonctionnelles due à l'atteinte à la santé et, d'autre part, les conséquences (directes) de facteurs non pris en considération par l'assurance

(Facteurs étrangers à l'invalidité tels que chômage, situation économique difficile, compétences linguistiques déficientes, âge, niveau de formation ou facteurs socioculturels).

Mme Z. _____ ne sait ni lire ni écrire (elle a quitté l'école primaire au W. _____ après l'avoir fréquentée seulement trois ans). Elle a un bon niveau de compréhension et d'expression orale en français. L'assurée ne travaille pas, elle dépend des services sociaux depuis 2011. Son fils cadet touche CHF 270 et lui verse CHF 120. Le loyer est payé par le père de son fils.

Le fait que l'assurée soit restée sans travailler depuis 2012 peut avoir un impact délétère sur un éventuel processus de réhabilitation. La précarité sociale et économique sans laquelle elle vit favorise l'isolement social et semble entretenir la dépression.

4. Prise en compte des motifs d'exclusion tels qu'une exagération des symptômes ou d'autres phénomènes similaires, et de leur ampleur

Nous n'avons pas mis en évidence de signes en faveur d'une théâtralisation ou d'une augmentation des symptômes.

5 En cas de maladie addictive, examen de la question de savoir si un trouble préalable ayant valeur de maladie grave a conduit au syndrome de dépendance

L'assurée nie actuellement la consommation d'OH [alcool] ainsi que d'autres substances psycho-actives. A noter que Mme Z. _____ consommait par le passé plusieurs substances telles que cocaïne et opiacées. Elle se dit abstinente depuis plusieurs années. Cette dépendance doit être considérée comme primaire.

6. Le syndrome de dépendance a-t-il entraîne un trouble irréversible ?

On note, dans le passé, la présence d'un syndrome d'encéphalopathie postérieur réversible (12.10.2012). Cependant, l'évaluation clinique ne laisse pas apparaître la présence de troubles cognitifs majeurs (ayant un impact clinique significatif sur l'autonomie ou la capacité de travail).

7. Analyse détaillée de la personnalité actuelle de l'assuré et de son évolution

[...] Clivage, identification projective, dépendance affective de l'entourage, sentiment de vide et labilité émotionnelle sont présents dans le discours de la patiente, ce qui nous renvoie à la présence d'un trouble de la personnalité de type émotionnellement labile et borderline. Néanmoins, en lien avec le degré d'autonomie, l'absence de gestes auto-dommageables récents et la stabilité des relations

interpersonnelles, on doit considérer le trouble de la personnalité comme non décompensé.

8. Indications détaillées sur les atteintes à la santé que présente l'assuré et sur les ressources personnelles dont il dispose

Mme Z._____ se plaint de douleurs au niveau dorsal et lombaire qui apparaissent en faisant le ménage. Elle évoque, pendant l'entretien, une fatigue accrue et avoir un sommeil non réparateur. Perturbation des capacités cognitives au niveau de l'attention, la concentration et la mémoire. La thymie est généralement neutre. Ce sont les problèmes qu'elle rencontre dans l'éducation et, globalement, dans la cohabitation avec ses enfants qui sont à l'origine d'un sentiment ponctuel d'insatisfaction et de débordement émotionnel.

III. Diagnostics (selon classifications ICD-10)

1. Diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail, depuis quand

Nihil.

2. Diagnostics n'ayant pas une incidence sur la capacité de travail, depuis quand

-F 10. Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation des substances psycho actives multiples actuellement abstinentes mais avec un traitement aversif

-F 33.4 Trouble dépressif récurrent actuellement en rémission

-F 61 Trouble de personnalité mixte à traits émotionnellement labiles et dépendants, non décompensé.

-Z 55.0 Difficultés liées à l'éducation et l'alphabétisation.

3. Interactions des diagnostics :

Analyse complète et détaillée des interactions entre les différents diagnostics établis ayant des incidences sur les capacités fonctionnelles de l'assuré dans tous les domaines, et appréciation de ces diagnostics faite lors de l'évaluation finale des experts

La structure de la personnalité émotionnellement labile et dépendante provoque chez l'assurée un sentiment chronique de vide seulement atténué par sa dépendance affective vis-à-vis de son entourage familial. Cependant, la relation avec les proches (enfants, famille au W._____) est dysfonctionnelle et source de tristesse et frustration, ce qui favorise l'apparition de symptômes dépressifs et anxieux de nature réactionnelle. La symptomatologie dépressive est

légère et fluctuante mais le fond anxieux (en lien avec le trouble de la personnalité) reste persistant.

IV. Traitement et réadaptation

1. La thérapie suivie jusqu'à présent est-elle conduite dans les règles de l'art (nature et ampleur des thérapies, intensité requise, dosage) ?

Le traitement est composé de 2 antidépresseurs, plusieurs anxiolytiques et un opiacé, notamment le Tramadol. Le réseau thérapeutique actuel est très structurant pour la patiente et semble conduit dans les règles de l'art. Il existe cependant une prescription très élevée de traitements à visée anxiolytique (Seresta, Atarax, Lexotanil et Redormin) qui ont probablement un effet sur les fonctions cognitives et l'état de fatigue. Cette situation est péjorée par la grande quantité de Tramadol prescrite qui, associée à plusieurs sortes de benzodiazépines, renforce le ralentissement psychomoteur.

2. Indications détaillées relatives à la coopération de l'assuré au cours des thérapies effectuées

La coopération est décrite comme bonne.

[...]

4. Indications détaillées relatives à la coopération de l'assuré si ses (propres) efforts de réadaptation n'ont pas été couronnés de succès

Mme Z._____ n'a jamais fait l'objet de mesures de réadaptation

[...]

7. Considérations fondées relatives au caractère raisonnablement exigible des mesures de réadaptation

Du point de vue théorico-clinique, rien n'empêche cette assurée d'exercer une activité professionnelle. Elle présente quelques troubles cognitifs légers qui sont attribuables au traitement psychotrope et qui devraient s'améliorer avec une adaptation de celui-ci.

V. Cohérence

1. Analyse détaillée et appréciation critique des divergences apparues entre les symptômes décrits et le comportement de l'assuré en situation d'examen, entre les observations faites par les experts de différentes spécialités, ou entre les éléments du dossier et les activités quotidiennes de l'assuré

Le comportement de l'assurée lors des 3 entretiens est cohérent avec les pièces médicales contenues dans le dossier.

2. Analyse détaillée et appréciation critique des répercussions de l'incapacité de travail invoquée dans tous les domaines (profession/activité lucrative, ménage, loisirs et activités sociales)

Mme Z._____ se plaint de douleurs, troubles du sommeil, fatigabilité, trouble de la mémoire et trouble de la concentration.

D'un point de vue psychologique, l'assurée décrit une labilité émotionnelle et elle évoque son passé qui représente une composante lourde à gérer.

Du point de vue professionnel, subjectivement, l'assurée se sent incapable de travailler.

Du point de vue du ménage, Mme Z._____ indique avoir des limitations, notamment physiques, l'empêchant de s'occuper correctement de l'entretien de la maison. Elle se fatigue rapidement suite à des douleurs au niveau physique. C'est elle qui s'occupe néanmoins de l'entretien de la maison, de préparer à manger pour elle et son fils de faire les courses, ceci en dépit des troubles cognitifs dont elle dit souffrir.

Du point de vue des loisirs/activités sociales, elle indique avoir dû adapter ses activités en raison de sa fatigue. Au fil des années, elle semble s'être éloignée de sa famille et de ses amis.

3. Comparaison détaillée du niveau d'activité constaté avant et après l'apparition de l'atteinte à la santé.

L'assurée n'a jamais travaillé (ailleurs que dans un cabaret) car son diplôme de coiffeuse n'est pas reconnu en Suisse. Actuellement, rien ne l'empêche d'exercer une activité lucrative.

4. Evaluation complète et critique de la prise en charge de l'abandon des options thérapeutiques

Nous nous référons à la réponse IV.1

5. Analyse permettant de savoir si l'assuré présente une inaptitude à suivre une thérapie en raison même de sa maladie

Non. Mme Z._____ est déjà sous traitement, et ceci depuis des années.

VI. Capacité de travail

1. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

Capacité de travail pleine du point de vue théorico-clinique. Le problème est qu'elle ne possède pas de formation et que son attention est complètement tournée vers la relation qu'elle entretient avec ses enfants (elle-même source d'insatisfaction).

2. Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré

Nous nous référons à la réponse précédente. »

Par décision du 23 janvier 2018 confirmant un projet de décision du 24 novembre 2017, l'OAI a rejeté la nouvelle demande de l'assurée. Il a estimé qu'ensuite de l'entrée en matière sur ladite demande et des investigations médicales ainsi entreprises, il ressortait du dossier que l'intéressée ne présentait pas d'atteinte invalidante au sens de l'assurance-invalidité. Il a dès lors considéré que la capacité de travail dans une activité adaptée était complète depuis le mois d'avril 2008, à l'instar de ce qui avait été retenu dans la première décision du 14 juin 2011, dont la teneur restait par conséquent pleinement valable.

D. Par acte du 23 février 2018, Z._____, agissant par son curateur et par l'intermédiaire de son conseil, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision susmentionnée, en concluant à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} juillet 2015 au 31 octobre 2017, la cause étant renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision pour déterminer le droit à la rente d'invalidité au-delà du 31 octobre 2017. A titre de mesure d'instruction, elle a requis la mise en œuvre une expertise judiciaire sur le plan psychiatrique afin de déterminer sa capacité de travail. En substance, elle a fait valoir que l'on ne saurait conférer au rapport d'expertise psychiatrique du 15 novembre 2017 une quelconque valeur probante. En outre, les experts n'avaient pas discuté des rapports des médecins traitants et ne s'étaient ainsi pas prononcés sur l'état de santé de l'intéressée avant juillet 2017. Enfin, la polyneuropathie des membres inférieurs à prédominance droite probable d'origine multifactorielle toxique et diabétique diagnostiquée le 21 avril 2015 par le Dre J._____ n'avait pas fait l'objet d'une instruction de la part de l'intimé. A l'appui de son écriture, la recourante a produit un rapport du 21 février 2018, par lequel le Dr B._____ a estimé ce qui suit (sic) :

« [...] »

Nous sommes formellement opposés aux conclusions de l'expertise du Dr D._____, le nombre d'imprécisions commises par l'expert ainsi que le manque de rigueur par rapport aux interprétations et à l'évaluation de la situation de Mme Z._____ nous semblent évidentes. Les erreurs sont frappantes et nous allons vous les évoquer afin de pouvoir amener un changement d'avis car nous considérons que cette expertise n'est pas du tout probante pour les éléments que nous allons citer.

Le Dr D._____ commence l'expertise en disant que la patiente est coiffeuse de profession. Mme Z._____ n'a jamais fait, malgré ce que le Dr D._____ affirme, une école de coiffure pour exercer le métier de coiffeuse. La patiente dit avoir coiffé des gens dans son village natal mais n'a jamais été dans une école ni quoi que ce soit dans ce cadre-là. Il dit que Mme Z._____ ne maîtrise uniquement l'arabe et le français à un niveau oral. Nous ne croyons pas que l'expert a les compétences pour évaluer un tel fait. La patiente ne maîtrise pas l'arabe et je ne pense pas que les connaissances du Dr D._____ de l'arabe soient suffisantes pour savoir si elle maîtrise cette langue oralement. En ce qui concerne la langue française, Mme Z._____ parle un français extrêmement rudimentaire avec beaucoup de fautes de syntaxes qui ne sont pas du tout citées lors l'expertise.

Le Dr D._____o cite, à la page 4, que Mme Z._____ a été hospitalisée au centre G._____ nous sommes étonnés d'apprendre que le centre G._____ est en fait un hôpital. Hélas, c'est un centre ambulatoire où la patiente a été suivie par Mme C._____ et le Dr P._____ dans un premier temps et par la suite par Mme C._____ et par mes soins. La patiente ne peut pas être hospitalisée au centre G._____ car le centre n'est pas un hôpital. Par la suite, le Dr D._____ évoque le fait que la Dre Q._____ parle, dans un rapport, d'une faible performance cognitive chez une patiente qui n'a aucune formation scolaire, puis finalement, l'interprétation de l'expert est que tout ceci serait probablement dû à une consommation antérieure de substances psychoactives, sans expliquer lesdites substances, et surtout avec une interprétation de la réalité partielle et partielle. La patiente avec un niveau de base très faible, n'a jamais eu des capacités cognitives élevées. La base des compétences cognitives de Mme Z._____ est extrêmement faible. Le Dr D._____ ne considère pas nécessaire de mesurer le QI [quotient intellectuel] de Mme Z._____ et il s'excuse en disant qu'il lui semblerait être dans la norme, alors qu'il est impossible d'effectuer l'évaluation d'une mesure du QI de Mme Z._____, la patiente présentant un analphabétisme total.

En ce qui concerne toute la problématique de la patiente, surtout sur les aspects de son trouble de la personnalité, l'expert dit ne pas remarquer une décompensation lors de son évaluation et il ne tient pas compte des informations transmises ni par nos soins ni par le médecin généraliste Mme J._____. Le clivage, qui n'apparaît jamais dans l'évaluation du Dr D._____, alors que c'est l'expression la plus récurrente de la personnalité de Mme Z._____.

Son anxiété serait due, selon l'expert, à son passé toxicomane. Au cours de tout l'entretien, l'expert donne toujours les mêmes conclusions ; la consommation de produits toxiques de la part de la

patiente dans le passé. L'expert dit que selon son évaluation clinique, il n'y a pas la présence de troubles cognitifs majeurs le Dr D. _____ n'explique pas en quoi il se base pour arriver à cette conclusion, ni quelle est l'évaluation clinique et neuro-psychiatrique qui lui permet de se prononcer avec une telle détermination.

Les erreurs se complexifient et le manque de rigueur est encore plus important à la page 6 où le Dr D. _____ parle d'un trouble mental du comportement... actuellement abstinent mais prend des médicaments aversifs. Mme Z. _____ prend un traitement opioïde pour sa problématique de douleurs articulaires qui est traité par la Dre J. _____ mais, en aucun cas, elle ne reçoit un traitement de substitution et encore moins un traitement aversif. Par la suite, il parle de grandes quantités de sédatifs à visée anxiolytiques sans dire combien. Hélas, la patiente a des faibles doses de benzodiazépines d'un antihistaminique et un traitement comme le Redormin qui est fait à base de plantes.

La patiente, lors du status psychiatrique, selon notre collègue ne présente pas du tout des ralentissements psychomoteurs et par la suite il parle quand même d'un ralentissement psychomoteur liée au traitement. Le Dr D. _____ considère que la patiente du point de vue théorico-clinique n'a aucune difficulté. Dans aucun cas il ne justifie le fait que Mme Z. _____ est au bénéfice d'un traitement antidépresseur et d'un suivi rapproché. Elle fait sa médication à la pharmacie avec un semainier car Mme Z. _____ est incapable de gérer cela par elle-même, elle a une mesure de curatelle car autrement elle serait complètement incapable de gérer son quotidien étant donné que la patiente, avant d'avoir le curateur, a eu des énormes difficultés pour gérer ses aspects financiers et administratifs. De plus le suivi de la part de la Dre J. _____ (généraliste de la patiente) est aussi très rapproché et intensif. Il n'a même pas mentionné que le suivi du semainier est fait à domicile car la patiente est souvent incapable de se rendre à la pharmacie et ce qui nous frappe le plus c'est que nous sommes souvent confrontés au manque de compréhension de la patiente, problèmes mnésiques ainsi qu'aux problèmes cognitifs importants, choses qui ont été complètement banalisées et probablement pas évaluées par l'expert.

En conclusion, nous considérons que cette expertise est extrêmement approximative et imprécise et on se questionne autour de la valeur probante d'une telle évaluation.

[...] »

Au terme d'une décision du 13 mars 2018, la juge instructeur a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 12 mars 2018, comprenant notamment l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Karim Hichri.

Dans sa réponse du 10 avril 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a estimé que le rapport d'expertise des médecins de la

F._____ avait pleine valeur probante et s'est référé en outre à un avis médical du 5 avril 2018 produit en annexe, par lequel le Dr H._____ a considéré ce qui suit :

« [...]

Notre réponse : finalement dans cette affaire, nous ne voyons pas en quoi l'expertise psychiatrique au F._____ ne serait pas probante : l'étude des documents montre bien que cette expertise revêtait une pleine valeur probante, les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée, elle se fonde sur des examens complets, prenant en considération les plaintes exprimées. L'expert a établi ses conclusions après avoir pris une pleine connaissance du dossier (anamnèse), la description du contexte médical est claire et les conclusions sont bien motivées.

Ainsi, nous ne retenons pas les allégations peu fondées du Dr B._____, parfois douteuses comme en p1 de son certificat. Il avance par ailleurs des explications embrouillées, peu contributives par rapport à la clinique pure de l'expertise, et avec une argumentation qui sort du champ de la Loi AI. Par ex. il est détourné de son vrai sens les conclusions de Madame Q._____ expliquant que la plupart des difficultés observées semblaient antérieures aux problèmes de santé survenus depuis 2012. En effet de faibles performances cognitives ne sont pas incompatibles avec un travail répétitif de basse intensité psychique. En ce qui concerne la discussion des diagnostics, nous en restons à ceux des experts, quant à la terminologie fonction de la CIM 10 pour l'addiction, nous rejetons les amalgames de notre confrère.

En ce qui concerne les allégations des p3-5 du recours, nous signalons qu'elles sont autres que celles du Dr B._____, ce qui est curieux, et qu'en plus le conseil n'appartient pas à la Faculté. Veillez noter que la vie quotidienne en p5 ne montre pas de LFs [limitations fonctionnelles] patentes, l'assurée est autonome pour son ménage et nous restons stupéfaits alors que la description du Dr B._____ relatait presque que l'assuré était invalide à domicile avec un semainier. Concernant le point 7, nous ne voyons pas pourquoi cette toxicomanie ne serait pas primaire puisque ancienne datant d'avant 2012. Les allégations en p3 sur l'ex. neuropsychy. sont fausses : il n'existe aucune des atteintes organiques du point 8. L'expertise dit bien qu'en plus cette assurée n'a pas d'atteinte cognitive en p7. Au point 9, nous ne comprenons pas bien pourquoi la notion de TSD [trouble somatoforme douloureux] devait être discutée alors qu'aucune atteinte psy. incapacitante n'est retenue et que l'étude de la vie quotidienne ne permet simplement pas de remplir les nouveaux critères ATF. Le point 12 s'inscrit en faux, la p7 montre bien l'absence des diagnostics évoqués par les G._____ en 2/. Par ailleurs si tel que l'affirme les G._____ au vu de ces diagnostics graves dont l'encéphalopathie, on ne comprend pas très bien qu'il n'y ait pas eu d'IRM cérébrales, et encore moins des comptes rendus hospitaliers étayés et pertinents, tout en sachant que ce type de pathologie laisserait des séquelles graves et une probable institutionnalisation. Finalement, il est facile d'affirmer des diagnostics graves sans fournir de preuves patentes, alors que le bon sens clinique les élimine d'emblée.

Ainsi, les affirmations du conseil de l'assurée et du Dr B. _____ n'apparaissent donc ni plausibles, ni crédibles ou convaincantes en l'état au vu de tout le dossier et de l'expertise. Veuillez noter par ailleurs que les pièces présentées par l'assurée n'ont de plus qu'une force probante inférieure, sans parler en plus des critères jurisprudentiels d'empathie du médecin traitant. Pour toutes ces raisons, nous n'avons aucune raison de nous écarter, des constatations antérieures. »

Le 20 avril 2018, la recourante, par son conseil, a répliqué et confirmé ses conclusions.

Interpellé par la juge instructeur, Me Hichri a indiqué le 16 mai 2019 qu'il renonçait à déposer une liste détaillée de ses opérations et débours et laissait la faculté à la Cour de céans de fixer l'éventuelle indemnité qui lui était due sur la base du dossier.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine

ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) Le litige porte sur le droit de la recourante au versement d'une rente d'invalidité.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). 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.

b/a) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

bb) L'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée en fonction de leur incapacité à accomplir leurs travaux habituels (méthode « spécifique » d'évaluation de l'invalidité ; art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI). Par travaux habituels, il faut en principe entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance aux proches (art. 27 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] ; cf. Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 52 ad art. 16 LPGA).

cc) Pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou travaillent sans être rémunérées dans l'entreprise de leur conjoint, d'une part, et qui accomplissent par ailleurs des travaux habituels aux sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI, d'autre part, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, l'assuré aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps il aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'exercice de l'activité lucrative ou de l'activité dans l'entreprise du conjoint est établi conformément aux art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI (comparaison des revenus), étant toutefois précisé que le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de cette activité à temps partiel est extrapolé pour la même activité exercée à plein temps. Le taux d'invalidité pour la part de son temps consacrée par l'assuré à ses travaux habituels est établi conformément aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (méthode spécifique). Les taux d'invalidité ainsi calculés sont ensuite pondérés en proportion de la part de son temps consacrée par l'assuré à chacun des deux domaines d'activité, avant d'être additionnés pour fixer le taux d'invalidité globale. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI et 27^{bis} al. 2 à 4 RAI).

dd) En dépit des termes utilisés aux art. 28a al. 2 s. LAI et 8 al. 3 LPGA, le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité

ne dépend pas du point de savoir si la personne assurée exerçait ou non une activité lucrative avant l'atteinte à la santé ni si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de sa part. Il s'agit plutôt de déterminer si cette personne exercerait une telle activité, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (ATF 133 V 504 consid. 3.3 ; 125 V 146 consid. 2c ; 117 V 194).

c) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente - qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit - et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, une appréciation différente d'une situation

demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

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

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

c) Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il convient de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. Ces rapports ne posent cependant pas de nouvelles conclusions médicales, mais portent ainsi une appréciation sur celles déjà existantes. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux avis de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées ; TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et les références citées ; TF 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). Il convient cependant de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C_10/2017 précité consid. 5.1 et les références citées).

d) Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée (cf. art. 69 al. 2 RAI) constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps

résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 140 V 543 consid. 3.2.1 et les références citées ; TF 9C_687/2014 du 30 mars 2015 consid. 4.2.1).

S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante admis que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4. 2 et les références citées ; TF 9C_925/2013 du 1^{er} avril 2014 consid. 2.3 et les références citées).

Même si, compte tenu de sa nature, l'enquête économique sur le ménage est en premier lieu un moyen approprié pour évaluer l'étendue d'empêchements dus à des limitations physiques, elle garde cependant valeur probante lorsqu'il s'agit d'estimer les empêchements que l'intéressé rencontre dans ses activités habituelles en raison de troubles d'ordre psychique. En présence de tels troubles, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile. Une telle priorité de principe est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête à domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte psychique et les empêchements en résultant (TF 9C_925/2013 du 1^{er} avril 2014 consid. 2.2 et les références citées).

5. En l'espèce, il convient d'examiner si l'état de santé de la recourante s'est péjoré depuis la dernière décision reposant sur un examen complet de son droit à la rente, à savoir depuis la décision du 14 juin 2011.

a) Au plan somatique, la recourante se plaint du fait que le diagnostic de polyneuropathie des membres inférieurs à prédominance droite probable d'origine multifactorielle toxique et diabétique, posé le 21 avril 2015 par la Dre J._____, n'a pas été examiné par l'intimé.

L'existence d'un tel diagnostic n'avait pas été évoquée dans le cadre de l'instruction ayant abouti à la première décision de refus de rente du 14 juin 2011. Au contraire, le Dr R._____ avait indiqué ne pas constater cliniquement de signe pour un syndrome lombo-vertébral ni de signe pour un syndrome radiculaire des membres inférieurs (cf. rapport du 12 octobre 2009). Le Dr N._____ du SMR s'était référé à ce rapport pour établir les limitations fonctionnelles somatiques secondaires aux lombosciatalgies banales, relevant qu'il n'y avait pas de trouble neurologique ou radiculaire de type sensitivomoteur (cf. rapport du 20 avril 2010). Il n'y avait finalement que dans l'enquête ménagère du 30 août 2010 qu'étaient mentionnés de simples fourmillements ressentis dans la jambe gauche et le fait que le froid aggravait les douleurs lombalgiques, qui irradiaient jusque dans les pieds. Les limitations fonctionnelles retenues par l'intimé dans sa décision du 14 juin 2011 étant celles indiquées par le Dr N._____, elles étaient sans lien avec une atteinte aux membres inférieurs ainsi qu'avec un trouble neurologique ou radiculaire.

Ensuite de cette décision du 14 juin 2011, la recourante a été hospitalisée fin 2012 et début 2013 pour un état confusionnel et une tétraparésie. A cette occasion, les Dr K._____, neurologue, M._____ et V._____, tous médecins au Service de neurologie - Hospitalisation du T._____, ont notamment posé le diagnostic principal d'atteinte du système nerveux périphérique avec mononévrites multiples, d'origine

toxique (cf. rapport du 4 septembre 2012). S'agissant des Drs X._____, neurologue, Y._____ et I._____, tous médecins à l'Hôpital Neurologique de la Fondation O._____, ils ont posé le même diagnostic (cf. rapport du 13 mars 2013). Afin de mieux comprendre la tétraparésie - que l'atteinte du système nerveux central ne pouvait expliquer - et compte tenu d'un examen clinique démontrant des atteintes tronculaires multiples, les médecins du T._____ ont réalisé un électroneuromyogramme, qui a permis de poser le diagnostic de neuropathie périphérique proximo-distale, avec une atteinte sensitivo-motrice de forme axonale sévère. Une biopsie du muscle péronier latéral gauche et du nerf péronier superficiel gauche ainsi qu'une biopsie du muscle quadriceps droit ont montré des altérations significatives d'aspect chronique et/ou anciennes, notamment le muscle squelettique atrophique avec lipomatose et des signes de réinervation, avec perte sévère des grands axones myélinisés, mais sans signe compatible avec une vasculite (cf. rapport du 4 septembre 2012). Les médecins de la Fondation O._____ ont relevé que, durant le séjour de la recourante, celle-ci avait progressé sur le plan fonctionnel, malgré la persistance des paresthésies des deux membres inférieurs qui avaient entravé cette amélioration. En fin de séjour, elle présentait cependant toujours des limitations dans les activités de la vie quotidienne, marchant notamment avec deux cannes anglaises (cf. rapport du 13 mars 2013) Les neurologues du T._____ et de la Fondation O._____ ont fondé leurs conclusions sur des examens cliniques détaillés.

Le 21 avril 2015, la Dre J._____ a ainsi posé notamment, au terme d'un examen clinique, les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de douleurs chroniques de l'hémicorps droit et troubles de l'équilibre consécutifs à un syndrome d'encéphalopathie postérieure réversible avec mononévrites multiples d'origine toxique et de polyneuropathie des membres inférieurs à prédominance droite probable d'origine multifactorielle toxique et diabétique. Si cette médecin a expliqué que la recourante avait encore fait des progrès, elle attestait néanmoins une incapacité de travail totale. Elle estimait que les douleurs chroniques de l'intéressée notamment constituaient une restriction.

Compte tenu des éléments qui précèdent, il paraît difficilement compréhensible que l'intimé n'ait pas mis en œuvre, respectivement que le Dr H. _____ n'ait pas proposé la mise en œuvre d'une expertise neurologique. En effet, les médecins spécialisés en neurologie qui se sont penchés sur le cas de la recourante ont clairement justifié la pose du diagnostic d'atteinte du système nerveux périphérique, lequel avait précisément été exclu dans le cadre de l'instruction ayant abouti à la première décision du 14 juin 2011. Si cette nouvelle atteinte semble avoir diminué entre le début et la fin de l'hospitalisation de l'intéressée, il n'en reste pas moins qu'elle demeurerait incapacitante. Il ne pouvait ainsi être considéré que toute atteinte à ce niveau aurait disparu avec le temps. L'intimé ne pouvait en effet faire l'économie d'une expertise neurologique, cela d'autant plus que la Dre J. _____ a indiqué que ces douleurs chroniques participaient à une incapacité de travail totale. A toutes fins utiles, il est relevé que les rapports de Mme Q. _____, psychologue spécialiste en neuropsychologie, et des Drs S. _____ et D. _____, experts psychiatres, ne sauraient être déterminants sur ce point, ceux-ci n'étant pas spécialisés dans la discipline adéquate. Les experts ont d'ailleurs rapporté des plaintes de la recourante quant à des douleurs physiques (cf. rapport d'expertise psychiatrique du 15 novembre 2017).

Il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire quant à d'éventuelles atteintes neurologiques, ainsi que leurs conséquences, et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Il conviendra ainsi de mettre en œuvre une expertise neurologique.

b) En ce qui concerne le volet psychique, dans leur rapport du 13 mars 2013, les médecins de la Fondation O. _____ ont observé que les déficits exécutifs présentés par la recourante étaient de nature à interférer avec l'organisation des activités de la vie quotidienne comme la gestion des rendez-vous et des médicaments ainsi que sur sa capacité de travail. Le 7 avril 2015, le Dr B. _____ a mentionné que l'assurée présentait une désorientation dans le temps et l'espace avec de la peine à

se rendre à ses rendez-vous médicaux, ayant besoin d'être avertie à l'avance. Ses capacités de concentration et mnésiques étaient limitées et sa capacité de travail nulle. Le 10 février 2016, la spécialiste en neuropsychologie a constaté de faibles performances cognitives dans la plupart des domaines testés. Elle a relevé que l'assurée se disait autonome pour les activités simples de la vie quotidienne (toilette, habillage, préparation et prise des repas, activités ménagères hormis le nettoyage du sol en raison de douleurs). Elle a relaté que l'assurée ne s'était pas présentée au rendez-vous du 7 janvier 2016 parce qu'elle pensait que l'année 2016 n'avait pas encore débuté. Elle avait par la suite dû rappeler le rendez-vous du 28 janvier 2016, l'assurée l'ayant confondu avec d'autres obligations. Finalement, les experts psychiatres du F._____ ont rejeté le tableau clinique exposé de manière concordante par les précédents spécialistes au seul motif qu'il n'était pas compatible avec la description que faisait l'assurée de son quotidien (elle s'occupe de l'éducation de son fils, gère l'entretien de sa maison, est autonome dans ses déplacements et fait sans difficultés ses achats, ceci malgré son illettrisme). Selon les experts psychiatres, la recourante ne présentait pas de ralentissement psychomoteur, mais ils l'ont toutefois retenu par la suite, de manière contradictoire, en lien avec le traitement médicamenteux. Le 21 février 2018, le Dr B._____ a rappelé que l'assurée était incapable de gérer son quotidien et que même le suivi de son semainier se faisait à domicile dans la mesure où elle n'était souvent pas capable de se rendre à la pharmacie. Il a reproché aux experts un manque total de compréhension des atteintes à la personnalité de l'assurée et en particulier de la problématique du clivage, qui avait pour conséquence que celle-ci se déclarait, contrairement à la réalité, parfaitement apte à gérer de manière autonome l'entier de sa vie quotidienne, et a regretté qu'ils ne se soient pas d'avantage informés auprès de ses médecins traitants.

Contrairement aux experts psychiatres, on ne saurait dès lors raisonnablement conclure que la recourante présente des troubles cognitifs seulement légers attribuables à son état anxieux et à son passé de toxicomane sans atteinte sur sa capacité de travail et sur la gestion de

sa vie quotidienne. Il s'ensuit que l'expertise du F._____ n'est pas convaincante et ne permet pas de statuer sur les conséquences des atteintes psychiques, de sorte qu'il conviendra de mettre en œuvre une expertise psychiatrique afin de déterminer le caractère invalidant des atteintes à la santé psychique de la recourante ainsi que ses ressources mobilisables dans le cadre d'un examen global (cf. ATF 143 V 409, consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1).

c) En outre, le complément d'instruction qui devra par conséquent être opéré sera l'occasion d'actualiser le rapport d'enquête économique sur le ménage du 2 septembre 2010 en mettant en œuvre une nouvelle enquête. En effet, pratiquement neuf années se sont écoulées depuis que l'enquête au dossier a été effectuée. Or, l'enquêtrice avait estimé que le partage entre le temps que la recourante aurait consacré à l'exercice d'une activité lucrative sans atteinte à la santé et le temps qu'elle aurait consacré à ses travaux ménagers devrait être revu à la hausse dès que ses enfants seraient plus indépendants. De plus, alors qu'à cette époque l'intéressée vivait avec son mari et leurs deux enfants, le couple est aujourd'hui séparé de sorte que l'intéressée ne vit désormais qu'avec son fils cadet, âgé actuellement de 14 ans (cf. rapport des Drs S._____ et D._____ du 15 novembre 2017). L'enquêtrice avait d'ailleurs précisé que le mari de la recourante exécutait les travaux ménagers que celle-ci, en raison de son invalidité, ne pouvait plus accomplir par elle-même (cf. rapport du 2 septembre 2010). Force est donc de constater que la structure familiale de l'intéressée a changé au fil du temps, entraînant par conséquent une modification de l'équilibre des aides qu'elle pouvait recevoir (cf. consid. 4d *supra*), ainsi que potentiellement de son taux d'activité hypothétique.

Partant, il convient de mettre en œuvre une nouvelle enquête économique sur le ménage afin d'actualiser son contenu et de déterminer si les empêchements retenus lors la précédente enquête du 30 août 2010, et ainsi le taux d'invalidité dans l'activité ménagère, se sont modifiés à la hausse ou à la baisse ou s'ils sont toujours les mêmes. Cette enquête devra bien entendu être menée une fois le rapport d'expertise

neurologique et psychiatrique rendu, afin de prendre en compte de manière globale les éventuelles atteintes qui y seraient reconnues avec celles déjà constatées.

A toutes fins utiles, on précisera que la teneur du rapport d'expertise du 15 novembre 2017 ne saurait empêcher d'effectuer l'enquête susmentionnée. En effet, si les experts psychiatres y ont indiqué que la recourante était autonome pour l'entretien de son ménage, ils ont également rapporté qu'elle se plaignait de mettre plus de temps dans le cadre de l'entretien de son ménage, en raison semble-t-il de douleurs au niveau physique (cf. rapport du 15 novembre 2017 I/2, I/3 et V/2). Il est ainsi constaté que les experts n'ont pas précisé si l'intéressée ne présentait aucun taux d'invalidité dans la tenue de son ménage. En effet, l'autonomie de la recourante n'empêche potentiellement pas de retenir la présence d'une telle invalidité si l'intéressée n'acquiert cette autonomie que difficilement ou au prix d'un investissement temporel beaucoup plus important (cf. consid. 4d *supra*). Bien plus, l'appréciation des médecins du F. _____ ne peut porter que sur les conséquences d'atteintes psychiques dans la tenue par l'intéressée de son ménage. Experts en psychiatrie, leur avis ne saurait être déterminant sur des atteintes somatiques qui ne relèvent par conséquent pas de leur spécialisation (cf. consid. 4d *supra*).

d) Partant, il convient de renvoyer la cause à l'office intimé, autorité à qui il appartient en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA), afin qu'il mette en œuvre une expertise neurologique, neuropsychologique et psychiatrique conformément aux exigences découlant de l'art. 44 LPGA, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune par l'expert. Ensuite de cette expertise, l'intimé mettra en œuvre une nouvelle enquête économique sur le ménage.

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

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

En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé, qui succombe.

Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

Le montant des dépens arrêté ci-dessus correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire. Partant, il n'y a pas lieu, en l'état, de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil de la recourante.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 23 janvier 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

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

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Z. _____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Karim Armand Hichri (pour la recourante),
- 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 :