

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 24 février 2012

---

Présidence de       Mme    PASCHE  
Juges     :     M.    Neu et M. Bidiville, assesseur  
Greffier     :     M.   Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**C.** \_\_\_\_\_, à Montreux, recourante, représentée par Me Anne-Sylvie Dupont, avocate à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6 ss et 17 al. 1 LPGA; 4 al. 1 et 28 LAI**

## **E n f a i t :**

**A. a)** C. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1966, originaire de l'ex-Yougoslavie, titulaire d'un permis C, en Suisse sans interruption depuis 1990, a travaillé comme repasseuse et employée d'entretien. En juillet 2002, elle a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) tendant à l'octroi d'une rente.

Un examen bidisciplinaire a été pratiqué le 18 novembre 2003 au Service médical régional AI (ci-après: SMR). Dans leur rapport du 3 décembre 2003, les Drs B.T. \_\_\_\_\_, médecine interne, B.X. \_\_\_\_\_, médecine interne et rhumatologie, et E. \_\_\_\_\_, psychiatre, ont posé les diagnostics suivants:

- "• Gonalgies droites chroniques persistantes:
  - status après méniscectomie interne partielle en août 2001,
  - status après 2<sup>ème</sup> arthroscopie du genou droit en septembre 2001,
  - status après possible arthrite septique du genou droit,
  - status après possible algoneurodystrophie du genou droit,
  - arthrofibrose du genou droit touchant essentiellement le cul-de-sac sous quadricipital et l'espace fémoro-rotulien,
  - discrètes lésions dégénératives du compartiment fémoro-tibial interne;
- troubles de la sensibilité et troubles parétiques de la jambe droite d'origine psychogène probable;
- autre trouble somatoforme F 45.8;
- épicondylite droite."

Ils ont conclu que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assurée (aucun travail impliquant des déplacements au-delà de quelques mètres, des genuflexions ou un déplacement en terrain régulier ou sur des échelles, escabeaux ou escaliers; nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout; possibilité d'étendre complètement le genou droit à la place de travail assise). Ils n'ont pas retenu de maladie psychiatrique invalidante, mais le taux de 50% a été fixé du fait de l'"intrication intime d'une souffrance bio-mécanique et d'une souffrance psychique liée à la structure de

personnalité de l'assurée" en dépit de la négation explicite de tout trouble de la personnalité.

Par décision du 11 février 2005, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) a alloué à l'assurée une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> mars 2005, sur la base d'un taux d'invalidité de 47% (cas pénible). Cette prestation a été remplacée par un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> avril suivant, sur la base du même taux, par décision du 30 mars 2005. Par décision du 17 mai 2005, l'OAI a alloué un quart de rente pour la période du 1<sup>er</sup> août 2002 au 31 mars 2005, également sur la base d'un taux d'invalidité de 47%. Le 10 juin 2005, il a rendu une décision d'intérêts moratoires sur les prestations.

A la suite de l'opposition formée par l'assurée contre la décision du 30 mars 2005, l'OAI a confirmé la décision attaquée par décision sur opposition du 23 novembre 2006. Sur la base d'une expertise du 27 février 2006 de la Clinique Romande de Réadaptation (ci-après: CRR) à Sion, l'OAI a considéré que la capacité résiduelle de travail de l'intéressée était totale dans une activité permettant l'alternance des positions et évitant de longs déplacements ainsi que le port de charges lourdes. Suivant un avis du Service médical régional Suisse romande (ci-après: SMR) du 22 août 2006 des Drs A.T.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et A.X.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, il a néanmoins retenu que la capacité de travail était de 50% dès le 1<sup>er</sup> avril 2005 dans une activité adaptée, le taux d'invalidité étant fixé à 43%.

Statuant par jugement du 17 mars 2008 (TASS AI 2/07 - 222/2008 du 17 mars 2008) sur le recours interjeté le 4 janvier 2007 par l'assurée contre la décision sur opposition précitée du 23 novembre 2006, le Tribunal des assurances du canton de Vaud a rejeté le recours et a confirmé la décision attaquée.

**b)** A l'occasion de la révision du cas de l'assurée, l'OAI lui a adressé un questionnaire que celle-ci a complété le 5 mars 2008. Elle y a fait état d'une aggravation de son état de santé depuis 2007.

Selon une IRM cervicale réalisée le 1<sup>er</sup> juillet 2008 par le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie et neuroradiologie, une discopathie avec saillie discale circonférentielle à prédominance foraminale et extraforaminale gauche pouvait créer un conflit radiculaire C6. Il était également relevé des saillies discales foraminales gauches en C4-C5 et C6-C7. Une IRM lombaire pratiquée le même jour concluait à la présence d'une hyperlordose lombo-sacrée, de discopathies L4-L5 et L5-S1 avec débord discal circonférentiel en L5-S1 à prédominance foraminale et extraforaminale droite et d'un rétrécissement foraminal par une saillie discale surtout latérale droite en L4-L5. Une IRM des genoux du 30 juin 2008 a mis en évidence les constatations qui suivent:

"Genou droit

Statut après ménisectomie interne du genou droit, sans nouvelle lésion évidente.

Etirement des ligaments croisés et du LLE.

Petit kyste méniscal externe.

Petit épanchement intra-articulaire.

Boursite sus-patellaire et tendinopathie quadricipitale et rotulienne.

Genou gauche

Déchirure fine de la corne postérieure et moyenne du ménisque interne.

Etirement des ligaments croisés et collatéraux.

Kystes méniscaux externe et interne.

Petit épanchement intra-articulaire.

Boursite sus-rotulienne et tendinopathie quadricipitale et rotulienne."

Dans un rapport médical du 19 août 2008, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie et médecin traitant de l'assurée depuis octobre 2003, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de status après deux arthroscopies du genou droit avec gonalgies tenaces et parésie motrice distale périphérique, de cervico-brachialgie chronique bilatérale avec participation de la ceinture scapulaire sur une discopathie C5-C6 avec saillie discale susceptible de créer un conflit radiculaire C6 à prédominance foraminale et extra foraminale gauche, de lombalgies chroniques, de double discopathie L4-L5 et L5-S1 ainsi que de saillie discale latérale droite en L4-L5. Malgré la mise en œuvre d'un traitement conservateur (infiltration péri-durale, cervicale et lombaire), ce médecin a

retenu une incapacité de travail totale pour une longue durée sans que des mesures de réadaptation professionnelle n'apparaissent possibles.

Le rapport d'expertise médicale du 9 juin 2009 établi par le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, à la suite d'une analyse des pièces médicales ainsi que d'un examen clinique de l'assurée pratiqué le 4 juin 2009, avait notamment la teneur suivante:

#### "4. Diagnostics (si possible selon classification ICD-10)

##### 4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail.

Depuis quand sont-ils présents?

- Gonarthrose interne droite débutante sur status après ménissectomie arthroscopique itérative en 2001, compliquée d'une arthrofibrose, ayant nécessité une libération arthroscopique en 2003 (M17.3).
- Troubles dissociatifs (de conversion) mixtes du membre inférieur droit (S44.7) avec anesthésie, analgésie, et plégie du segment jambier droit.
- Etat dépressif probable.
- Cervicalgies et lombalgies chroniques dans le cadre de:
  - troubles statiques et dégénératifs
  - syndrome somatoforme douloureux non exclu.

##### 4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail.

Depuis quand sont-ils présents?

Nihil.

#### 5. Appréciation du cas et pronostic

Il s'agit d'une assurée de 43 ans, sans formation professionnelle, qui a travaillé comme dame d'office, repasseuse et blanchisseuse. Elle est connue depuis 2001 pour des gonalgies droites sévères et invalidantes, dans le cadre d'une gonarthrose interne droite débutante sur status après ménissectomie arthroscopique itérative compliquée d'une arthrofibrose. Elle est connue depuis la même époque pour un trouble dissociatif (de conversion) mixte du membre inférieur droit, se manifestant par une plégie de la musculature distale et par une perte de toutes les modalités sensibles dès le genou.

En novembre 2003, un examen bidisciplinaire avait permis de définir avec précision les limitations fonctionnelles et une capacité de travail exigible de 50% dans une activité adaptée, à savoir aucun travail impliquant des déplacements au-delà de quelques mètres, aucun travail impliquant des genuflexions ou un déplacement en terrain irrégulier ou sur des échelles/escabeaux/escaliers, nécessité de pouvoir alterner 2 fois par heure la position assise et la position debout, possibilité d'étendre complètement le genou droit à la place de travail assise. Sur le plan psychiatrique il était retenu une immaturité et dépendance, mais une maladie psychiatrique invalidante n'avait pas été retenue. Une expertise médicale

effectuée en février 2006 aboutissait à des conclusions parfaitement superposables.

A noter que l'assurée a vu de nombreux spécialistes, dont les conclusions sont parfois divergentes. En effet, le Docteur Z. \_\_\_\_\_, en juillet 2006, a été plus pessimiste, et préconisait un stage dans un centre d'évaluation professionnelle. Le Docteur H. \_\_\_\_\_, qui suit actuellement la patiente, signale que «aucune reprise d'une activité lucrative n'est envisageable».

A l'heure actuelle, le tableau est le suivant:

- Les gonalgies droites persistent, et sont toujours décrites comme très sévères. Objectivement, la situation est toutefois modifiée puisque la mobilité du genou semble actuellement complète, et qu'on ne retrouve plus le caractère démonstratif, hyperalgique, décrit dans les précédentes expertises. En le lui faisant remarquer, l'assurée mentionne qu'à la longue, elle s'est «habituée» à cette douleur qu'elle présente de manière chronique depuis maintenant 8 ans.

- Sur le plan neurologique, la situation est parfaitement inchangée. Il persiste une plégie de l'ensemble de la musculature jambière du membre inférieur droit associée à une disparition de toutes les modalités sensitives. Une origine psychogène est certaine, et ceci pour les mêmes raisons que précédemment mentionnées. La plégie apparaît en position étendue, mais la mobilité du pied est conservée lorsque la patiente enfle sa chaussure. Il n'y a pas de steppage. Il n'y a pas d'atrophie, et les réflexes tendineux sont conservés. Sur le plan électrophysiologique les paramètres de la conduction nerveuse motrice et sensitive sont physiologiques et symétriques aux deux membres inférieurs. A l'EMG [examen médical général] de détection, les tracés sont soit appauvris, mais non accélérés, soit ne mettent en évidence aucune activité décelable. De telles anomalies sont compatibles soit avec une atteinte psychogène, éventuellement avec une atteinte centrale, médullaire ou cérébrale, ce qui est exclu compte tenu du contexte clinique.

En conclusion, d'un strict point de vue neurologique, la situation peut être considérée comme inchangée par rapport à 2003 et 2006. Les limitations fonctionnelles sur un plan neurologique et somatique sont les mêmes, ainsi que la capacité de travail.

Toutefois:

Certains éléments du tableau clinique ne sont plus réellement les mêmes compte tenu des pièces à disposition.

Force est de constater que le handicap fonctionnel est particulièrement sévère si l'on tient compte des dires de l'assurée. En effet, elle n'a repris depuis 2001 aucune activité professionnelle. Au plan quotidien, elle mentionne qu'elle n'est pas capable d'effectuer la moindre tâche ménagère, entièrement assurées par sa belle-fille. La journée elle doit se reposer, en alternant la position assise et la position debout. La déambulation est difficile, et elle est limitée à 15 minutes, avec l'aide d'une canne.

Objectivement, on ne retrouve pas le caractère démonstratif et revendicateur précédemment décrit. Par contre, l'observation de l'assurée met en évidence une souffrance physique et psychique qui semble authentique. Les moindres déplacements semblent douloureux, y compris lorsque l'assurée est observée à son insu. Son discours traduit plutôt une résignation. Elle exprime des sentiments de culpabilité, face à sa dépendance complète de son entourage, tant en ce qui concerne les activités de la vie quotidienne que sur le plan financier. Elle n'a pas pu reprendre d'activité professionnelle, ce qui touche sa dignité. Enfin, les douleurs chroniques et quotidiennes, les difficultés de déplacement, à la longue, ont passablement entamé son moral.

Objectivement, elle pleure, et la présence d'un état dépressif semble très probable. Son discours est adéquat, et la patiente verbalise avec lucidité ses conditions existentielles depuis 8 ans.

De plus, le syndrome douloureux n'est plus limité au genou droit, a tendance à s'étendre au genou gauche, à l'ensemble du rachis. Bien qu'il existe des troubles dégénératifs sous-jacents, ceux-ci sont modérés, et en conséquence un trouble somatoforme douloureux est également possible.

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, et bien que la situation d'un strict point de vue neurologique soit inchangée, il semble très difficile d'imaginer que cette patiente puisse assumer une activité professionnelle à 50%, même dans une activité soi-disant adaptée.

En conclusion, d'un point de vue somatique, en particulier neurologique, la situation est inchangée. Par contre, compte tenu du handicap formulé par l'assurée, les limitations fonctionnelles sont probablement sous-évaluées au plan psychique et mental, et devraient être réévaluées.

Par contre, le handicap est probablement sous-évalué sur la base des expertises précédentes, et ceci en relation avec une péjoration probable des limitations au plan psychique et mental, qui devraient être réévaluées.

### 13. Influences sur la capacité de travail

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

Au plan physique  
Inchangé.

Au plan psychique et mental  
A réévaluer.

Au plan social

L'assurée touche un quart de rente AI. Son époux n'a pas de revenu, et le couple dépend entièrement de l'aide sociale, du revenu du fils et de la belle-fille.

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

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

D'un point de vue somatique, inchangé.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail.  
Idem.

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

Sur le plan organique il n'y a pas de changement, mais comme mentionné ci-dessus, il est difficile d'envisager chez cette assurée une reprise d'une quelconque activité professionnelle.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure?

Cf. ci-dessus.

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

Eté 2001.

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

Sur le plan organique, pas de changement. Par contre, très probable péjoration sur le plan psychique."

Le 9 juillet 2009, les Drs L.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_, du SMR ont constaté que l'expertise médicale précitée ne démontrait aucun changement d'ordre somatique mais qu'une évaluation psychiatrique apparaissait nécessaire au vu du trouble dépressif ainsi que du probable trouble somatoforme douloureux mis en évidence.

Le rapport d'expertise psychiatrique du 8 janvier 2010 du Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au Centre d'Expertise Médicale de l'Assurance-Invalidité (CEMed), établi suite à un examen clinique pratiqué le 30 septembre 2009, avait notamment la teneur suivante:

"6. Synthèse et discussion

Rappel de l'historique médical:

[...]

En 2003, l'assurée note une péjoration des douleurs du genou droit malgré toutes les interventions et en 2005 apparaissent des douleurs lombaires et des épaules, une faiblesse générale et des mains.

Donc dès 2003, les douleurs semblent prendre un caractère somatoforme car les explications somatiques sont insuffisantes. De plus, elle décrit l'apparition d'une crainte de devenir handicapée et une tendance à se fixer sur les symptômes douloureux et physiques, alors qu'elle reste convaincue d'une origine organique à ses douleurs. Elle décrit, par ailleurs, une péjoration progressive

thymique et de l'anxiété depuis 2001. Elle prendra la forme d'un épisode dépressif important depuis 2007.

Un examen clinique bidisciplinaire du SMR a lieu en 2003 et conclut à une exigibilité de 50% dans une activité adaptée, principalement en raison de l'intrication d'une souffrance biomécanique et d'une souffrance psychique dans un contexte de structure de personnalité décompensée. L'examen psychiatrique évoque un caractère démonstratif des plaintes et retient un diagnostic de troubles sensitifs et parétiques de la jambe droite d'origine psychogène probable, un trouble douloureux somatoforme avec une structure de personnalité immature et dépendante, mais aucun diagnostic psychiatrique invalidant. Ceci débouche sur l'octroi d'un quart de rente invalidité pour une invalidité de 47%, décision à laquelle l'assurée fait opposition et dont elle sera déboutée lors d'un recours au TCA.

Une expertise est effectuée à la Clinique Romande de Réadaptation en 2006, elle concluait à une exigibilité complète sans avoir tenu complètement compte des aspects psychologiques. Un rapport psychiatrique aurait été établi par la Dresse [...] dont nous n'avons aucune trace, hormis les quelques éléments évoqués dans l'expertise de 2006. Sont retenus les diagnostics de gonarthrose interne droite débutante sur status après ménissectomie compliquée d'une arthrofibrose, et de trouble dissociatif (de conversion) mixte du membre inférieur droit avec paralysie psychogène de la jambe et du pied droits et douleurs chroniques du genou droit chez une personnalité frustrée et immature.

Lors d'une révision de la rente, le neurologue de l'assurée allègue une aggravation sur le plan neurologique, qui n'est pas confirmée lors d'une expertise neurologique en 2009, l'état est inchangé par rapport à 2003 et 2006. Elle ne met en évidence aucun comportement démonstratif contrairement à l'examen SMR de 2003. [...]

#### Synthèse et conclusion

Mme C.\_\_\_\_\_ présente donc un trouble somatoforme et un épisode dépressif avec syndrome somatique dont l'intensité est actuellement légère.

Si l'on peut parler de trouble de conversion au début de l'apparition des troubles sensitivomoteurs en 2001, la situation change car d'autres plaintes physiques apparaissent (douleurs multiples et faiblesse) dont les substrats organiques sont modérés ne suffisant pas à expliquer les plaintes (selon l'expertise neurologique de 2009), il apparaît aussi des angoisses de devenir handicapée (sans avoir peur d'une maladie spécifique, ce qui exclut le trouble hypochondriaque) et la conviction d'une origine organique persiste encore.

Les traitements ne permettent pas d'amélioration suffisante. Ceci confirme donc une évolution vers un trouble somatoforme depuis 2003 probablement.

La comorbidité dépressive apparaît par la suite et progressivement. Il est difficile d'en situer le début car les seules indications sont celles de l'assurée qui situe le début de l'épisode dépressif à l'année

2007. Encore une fois, il est difficile de déterminer l'intensité de cet épisode, car il manque des éléments objectifs et l'assurée n'a pas donné assez d'éléments. Actuellement, il est léger avec un syndrome somatique.

En conclusion, le trouble somatoforme ne survient pas dans un processus maladif ou d'affections chroniques durables, il n'est pas associé à une comorbidité psychiatrique grave, il n'y a pas d'état psychique cristallisé, pas de perte de l'intégration sociale.

Le trouble somatoforme ne remplit donc pas les critères d'un trouble invalidant, la capacité de travail est entière, sans limitation.

## 7. Réponses aux questions de l'Assurance Invalidité

### A. Questions cliniques

[...]

4.

Diagnostics (si possible selon classification ICD-10)

4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail

Depuis quand sont-ils présents?

Aucun.

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail

Depuis quand sont-ils présents?

- Trouble somatoforme F45

- Episode dépressif léger avec syndrome somatique F32.01

### 5. Appréciation du cas et pronostic

Cf. ci-dessus.

### B. Influences sur la capacité de travail

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

#### 1. Sur le plan psychique et mental

Aucune

Sur le plan social

Aucune

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

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

Aucune influence.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

100%.

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

Oui.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui dans quelle mesure?

Non.

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

Si l'on se base sur les déclarations de l'assurée, il y a eu une probable incapacité de travail temporaire, mais il est difficile d'en juger rétrospectivement, car il n'y a pas assez d'éléments objectifs.

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

Sans changement durable.

3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré(e) est-il (elle) capable de s'adapter à son environnement professionnel?

Oui."

Dans une lettre du 19 janvier 2010 adressée au médecin traitant de l'assurée (le Dr H. \_\_\_\_\_), le Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, a mentionné que l'intéressée souffrait de cervico-brachialgies bilatérales et de lombosciatalgies gauches apparues essentiellement après deux opérations du genou droit avec séquelles sensitivomotrices et marche en décharge. Il notait également une légère insuffisance segmentaire L4/L5 - L5/S1 au niveau lombaire. Indiquant qu'une intervention ne pouvait être exclue à moyen terme, ce médecin a encore constaté l'existence d'une nette uncarthrose C5-C6 bilatérale avec une composante discale.

Le 15 février 2010, le Dr L. \_\_\_\_\_ a fait siennes les conclusions de l'expertise médicale du CEMed aboutissant à la reconnaissance d'un trouble somatoforme persistant (F45) et à un épisode dépressif léger avec syndrome somatique (F32.01) sans incidence sur la capacité de travail, retenant ainsi que la capacité de travail était entière du point de vue psychiatrique.

Aux termes d'un protocole opératoire du 5 mars 2010 lié à la pose de blocs facettaires C5-C6 bilatéraux sous guidage radioscopique en raison de cervicalgies résistantes au traitement conservateur, le Dr R. \_\_\_\_\_ a noté une intervention sans complications avec un status post-opératoire immédiat inchangé.

Dans une lettre du 24 mars 2010 adressée au médecin traitant de l'assurée faisant suite à une consultation du même jour, le Dr R. \_\_\_\_\_ s'est exprimé en ces termes sur l'état de santé de l'assurée:

"Le bloc facettaire C5-C6 a eu un effet décalé de 2-3 jours, mais de brève durée (3-4 jours). Subjectivement il me semble que la mobilité cervicale et la marche sont quand même meilleures. Cette réponse brève est plutôt de mauvais pronostic. La situation étant compliquée par l'atteinte lombaire et par le genou droit, il est difficile d'avoir une opinion définitive.

J'ai prévu un bloc L4-L5 en mai pour essayer de pondérer cette atteinte lombaire. L5-S1 devra probablement aussi être testé ultérieurement. La physiothérapie pourrait être reprise et la patiente devrait essayer deux bâtons de nordic walking plutôt qu'une canne anglaise."

Dans un avis SMR du 6 avril 2010, le Dr L.\_\_\_\_\_ a précisé que si une pleine capacité de travail pouvait être retenue du point de vue psychiatrique, des limitations fonctionnelles somatiques persistaient et devaient être prises en compte, justifiant toujours une incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée.

Par projet de décision du 12 avril 2010, l'OAI a rejeté la demande d'augmentation de la rente AI en considérant que l'assurée continuait à bénéficier d'un quart de rente basé sur un degré d'invalidité de 47%. Il résultait de ses constatations que l'aggravation de l'état de santé n'était pas démontrée, les limitations fonctionnelles somatiques justifiant toujours une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée.

Selon une lettre adressée le 18 mai 2010 par le Dr H.\_\_\_\_\_ à Me Anne-Sylvie Dupont, conseil de l'assurée, en l'absence de progrès significatifs dans l'ensemble des problèmes et en présence d'une limitation fonctionnelle, une révision du droit à la rente apparaissait parfaitement justifiée.

Par décision du 25 mai 2010, l'OAI a intégralement confirmé les termes de son projet de refus d'augmentation de rente rendu le 12 avril 2010.

**B.** Par acte du 28 juin 2010, C.\_\_\_\_\_, représentée par son avocate, recourt contre la décision précitée auprès de la Cour des

assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant principalement à son annulation et à ce qu'elle soit mise au bénéfice d'une rente AI fondée sur un degré d'invalidité de 70% au moins, subsidiairement à ce qu'elle soit mise au bénéfice d'une rente fondée sur un degré d'invalidité de 50% au moins, et encore plus subsidiairement à l'annulation de la décision rendue le 25 mai 2010 et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvel examen. En substance, elle fait valoir que l'expertise CEMed du 8 janvier 2010 est incomplète dans la mesure où elle ne fait pas mention de ses problèmes cervicaux et lombaires, se référant en particulier au rapport du Dr H. \_\_\_\_\_ du 19 août 2008 et aux rapports d'IRM cervicale et lombaire du 1<sup>er</sup> juillet 2008 du Dr V. \_\_\_\_\_. Elle déplore à cet égard que les discopathies démontrées par IRM n'aient pas fait l'objet d'un examen de la part des experts du CEMed. Elle se prévaut également du rapport du Dr H. \_\_\_\_\_ du 18 mai 2010, et expose qu'elle a été adressée au Dr R. \_\_\_\_\_ en raison de ses problèmes cervicaux. Elle se réfère à cet égard aux courriers du Dr R. \_\_\_\_\_ des 19 janvier et 24 mars 2010. Elle déduit des différentes pièces médicales établies par ses médecins traitants, dont elle se prévaut, qu'elle souffre de discopathies importantes tant au niveau cervical que lombaire, que ses problèmes sont d'autant plus importants qu'elle se déplace avec une canne, et qu'il lui est pénible de trouver une position adéquate pour travailler. Finalement, elle fait valoir que sa situation médicale montre un tableau tout à fait différent de celui qui ressortait du rapport SMR du 3 décembre 2003, lequel ne mentionnait pas d'affection des cervicales et des lombaires. Elle ajoute que son état de santé s'est dégradé depuis lors, dans la mesure où elle souffre désormais d'importantes douleurs dans la nuque et dans le dos à la suite de ses problèmes de genou. A titre de mesures d'instruction, elle demande à être autorisée à produire des certificats médicaux ultérieurs des Drs R. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_, et requiert qu'une expertise neutre soit mise en place afin de déterminer les conséquences sur son incapacité de gain de ses problèmes cervicaux et lombaires qui sont venus s'ajouter aux problèmes de genou, ainsi que toute autre aggravation de son état de santé.

Dans sa réponse du 21 septembre 2010, l'OAI propose le rejet du recours et le maintien de la décision litigieuse sans qu'une expertise

supplémentaire n'apparaisse devoir être mise en œuvre. Il produit un avis SMR du 9 septembre 2010 des Drs L.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ auquel il déclare se rallier, à la teneur suivante:

"Le courrier du Dr R.\_\_\_\_\_ au Dr H.\_\_\_\_\_ du 19.1.2010 rapporte les diagnostics précédemment connus. Une proposition de blocs facettaires C5-6 est faite.

Le courrier du Dr R.\_\_\_\_\_ au Dr H.\_\_\_\_\_ du 24.3.2010 mentionne que le bloc facettaire n'a eu qu'un effet de brève durée (3-4 jours). Un bloc lombaire est proposé.

Le courrier du Dr H.\_\_\_\_\_ à Mme Anne-Sylvie DUPONT du 18.5.2010 fait état des diagnostics déjà connus de l'AI. Des blocs facettaires C5-6 bilatéraux effectués par le Dr R.\_\_\_\_\_ en mars 2010 n'ont amené qu'une amélioration transitoire. Des blocs lombaires sont également prévus.

Ainsi, force est de constater que la situation ne s'est pas durablement modifiée (l'amélioration n'a été que transitoire). Les interventions réalisées et proposées avaient pour but d'améliorer l'assurée. A ce titre, elles ont échoué, mais on ne peut pas dire qu'elles ont aggravé la situation.

Nous considérons que l'état clinique ne s'est pas significativement modifié depuis l'expertise neurologique du Dr K.\_\_\_\_\_. Nous maintenons donc notre position."

Par décision du Bureau de l'assistance judiciaire du 22 septembre 2010, la recourante s'est vue accorder le bénéfice de l'assistance judiciaire, Me Anne-Sylvie Dupont étant désignée en qualité d'avocat d'office avec effet dès le 23 août 2010.

Dans sa réplique du 29 novembre 2010 la recourante soutient que son état de santé s'est effectivement aggravé. Elle argue du fait que les avis médicaux recueillis dans le cadre de l'instruction du recours ayant abouti au jugement rendu le 17 mars 2008 par le Tribunal des assurances ne font aucune mention des troubles révélés par l'examen IRM du 1<sup>er</sup> juillet 2008 et diagnostiqués par le Dr H.\_\_\_\_\_. Elle relève ensuite que la conclusion de l'expert A.\_\_\_\_\_ du CEMed au plan psychiatrique est inutilisable, la composante somatique n'ayant pas du tout été prise en compte par ce médecin. Elle reproche à l'autre examen conduit par l'office intimé de n'être que neurologique. Elle en déduit que l'OAI n'a pas suffisamment instruit sa demande de révision, en ne confiant pas

d'examens à un spécialiste du rachis alors que les aggravations rapportées relèvent de la compétence d'un orthopédiste. Elle réitère sa requête de mise en œuvre d'expertise neutre pluridisciplinaire (orthopédique, rhumatologique, neurologique et psychiatrique).

Par duplique du 22 décembre 2010, l'intimé propose une nouvelle fois le rejet du recours en précisant que de nouvelles investigations ne sauraient se justifier.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

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

**2.** Le litige a pour objet la question d'une éventuelle aggravation de l'état de santé de la recourante depuis la dernière décision d'octroi de rente confirmée par décision sur opposition rendue le 23 novembre 2006

et par jugement du Tribunal des assurances du canton de Vaud du 17 mars 2008.

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

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins; un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% à une demi-rente, un taux de 60% à un trois quarts de rente et un taux de 70% à une rente entière (art. 28 LAI).

**b)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2; TF I 312/2006 du 29 juin 2007, consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la

provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 133 V 450 consid.11.1.3, 125 V 351 consid. 3a et 122 V 157 consid. 1c; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

Cela étant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve: il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b; TF I 554/2001 du 19 avril 2002, consid. 2a). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 1170 consid. 4; TF I 514/2006 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1; TF 9C\_94/2009 du 29 avril 2009, consid. 3.3 et 8C\_936/2008 du 7 juillet 2009, consid. 6). Il n'en va différemment que si ces médecins

traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 8C\_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3, 9C\_514/2009 du 3 novembre 2009, consid. 4 et 8C\_183/2007 du 19 juin 2008, consid. 3).

**c)** Aux termes de l'art. 17 LPGA, 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 (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, dont le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b, 125 V 368 consid. 2 et 112 V 372 consid. 2b; TF 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009, consid. 2.1).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 112 V 390 consid. 1b; TFA I 755/2004 du 25 septembre 2006, consid. 5.1 et I 406/2005 du 13 juillet 2006, consid. 4.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à

la rente (TFA I 755/2004 du 25 septembre 2006, consid. 5.1 et I 406/2005 du 13 juillet 2006, consid. 4.1, les deux avec références citées).

**d)** Selon la jurisprudence (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 et 4.2.3 et les réf. citées), les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité. Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. La jurisprudence a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux. A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques (dont les manifestations douloureuses ne se recoupent pas avec le trouble somatoforme douloureux), d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 132). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (ATF I 506/2004 du 22 février 2006). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les

informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact).

**4.** En l'espèce, à la suite de la procédure de révision engagée, l'office intimé a complété l'instruction du dossier de la recourante sous l'angle médical.

**a)** Au plan somatique, après avoir pris connaissance des résultats de l'examen IRM du 1<sup>er</sup> juillet 2008 du Dr V. \_\_\_\_\_ ainsi que des conclusions du rapport du 19 août 2008 du Dr H. \_\_\_\_\_, l'intimé a confié la réalisation d'une expertise médicale au Dr K. \_\_\_\_\_. Consécutivement à une analyse de l'ensemble des pièces médicales mises à sa disposition ainsi qu'à un examen clinique de la recourante, le Dr K. \_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise le 9 juin 2009. Il conclut que la situation peut être considérée comme inchangée par rapport à 2003 et 2006.

Contrairement à ce que soutient la recourante, le Dr K. \_\_\_\_\_ a pris en compte les derniers examens d'imagerie effectués en juillet 2008 par le Dr V. \_\_\_\_\_ et les a discutés. Il a ainsi repris les constatations y figurant et a observé que l'IRM lombaire ne mettait pas en évidence de hernie discale significative et que l'IRM cervicale permettait d'exclure une pathologie potentiellement responsable d'une compression radiculaire. Cet expert a également tenu compte du rapport du Dr H. \_\_\_\_\_ du 19 août 2008 dans lequel ce praticien observe que la patiente signale «qu'aucune reprise d'une activité lucrative n'est envisageable» (cf. rapport d'expertise médicale du 9 juin 2009 p. 9). Dans ses diagnostics, le Dr K. \_\_\_\_\_ a en particulier retenu les cervicalgies et lombalgies chroniques dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs.

A l'aune de ces éléments la Cour considère que le rapport d'expertise du 9 juin 2009 du Dr K. \_\_\_\_\_ se base sur des examens cliniques, sur une étude complète et fouillée des pièces du dossier, sur une anamnèse rigoureuse et prend en compte les plaintes de l'assurée.

Les diagnostics posés sont clairs et établis selon la classification ICD-10. La discussion du cas est présentée de manière systématique en mentionnant les autres avis médicaux figurant au dossier. Ce rapport d'expertise emporte ainsi pleine valeur probante au sens de la jurisprudence rappelée au consid. 3b supra, si bien qu'il convient de retenir que l'état de la recourante ne s'est pas péjoré au plan somatique.

**b)** Au plan psychiatrique, le Dr K. \_\_\_\_\_ a constaté qu'au vu du handicap formulé par la recourante, les limitations fonctionnelles sur le plan psychique et mental étaient probablement sous-évaluées et devraient être réévaluées. L'intimé – suivant en ce sens l'appréciation des médecins du SMR émise le 9 juillet 2009 – a alors mandaté le CEMed pour la réalisation d'une expertise psychiatrique de la recourante. Au terme de son rapport d'expertise du 8 janvier 2010, le Dr A. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a estimé que la recourante présente un trouble somatoforme (probablement depuis 2003) accompagné depuis 2007 d'un épisode dépressif avec syndrome somatique dont l'intensité est actuellement légère, les diagnostics étant toutefois sans répercussion sur la capacité de travail, demeurant entière au plan psychiatrique. En effet, le trouble somatoforme ne survient pas dans un processus maladif ou d'affections chroniques durables, il n'est pas associé à une comorbidité psychiatrique grave, il n'y a pas d'état psychique cristallisé ni de perte d'intégration sociale. Cela étant, la recourante soutient que le rapport d'expertise psychiatrique du 8 janvier 2010 du Dr A. \_\_\_\_\_ est «inutilisable». Elle avance que dans son analyse l'expert précité n'a pas du tout pris en considération la composante somatique. A suivre la recourante, cette expertise psychiatrique ne ferait pas mention de ses problèmes cervicaux et lombaires. Elle déplore à ce propos que les discopathies attestées par IRM de juillet 2008 n'aient pas fait l'objet d'un examen clinique par les experts du CEMed.

Ainsi que cela ressort de l'expertise psychiatrique précitée, le Dr A. \_\_\_\_\_ s'est notamment fondé dans son analyse du dossier sur le rapport du 19 août 2008 du Dr H. \_\_\_\_\_. S'agissant des atteintes somatiques, l'expert se réfère dans la discussion du cas aux constatations

résultant de l'examen clinique bidisciplinaire SMR du 3 décembre 2003, à l'expertise médicale de la CRR de 2006 ainsi qu'au résultat de l'expertise de juin 2009 du Dr K.\_\_\_\_\_ (cf. rapport d'expertise psychiatrique du 8 janvier 2010 p. 11), lequel, ainsi qu'on l'a vu, a tenu compte des rapports d'IRM du Dr V.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> juillet 2008. Ainsi le Dr A.\_\_\_\_\_ relève sur la base des constatations de l'expertise de juin 2009 du Dr K.\_\_\_\_\_ que depuis 2001, des plaintes physiques (douleurs multiples et faiblesse) sont apparues dont les substrats organiques modérés ne suffisent pas à expliquer les plaintes. Dans ces circonstances, il appert que l'expert du CEMed a suffisamment pris en compte la composante somatique à l'occasion de son examen psychiatrique. Pour le surplus, établie suite à un examen clinique du 30 septembre 2009, basée sur la totalité des pièces médicales remises à l'expert, tenant compte des plaintes subjectives et comportant une synthèse et discussion détaillée et scientifique des observations réalisées, cette expertise remplit tous les réquisits jurisprudentiels permettant de lui accorder une pleine valeur probante au sens de la jurisprudence.

**c)** Les courriers du Dr R.\_\_\_\_\_ des 19 janvier et 24 mars 2010 adressés au Dr H.\_\_\_\_\_ se rapportent exclusivement à une intervention (pose de bloc facettaire C5-C6) réalisée afin de soulager les douleurs. Ce geste clinique n'a eu qu'un effet de brève durée, la pose future d'un bloc lombaire étant alors évoquée. Contrairement à ce que semble en inférer la recourante, si son état de santé n'a certes pas pu être amélioré par ce biais, il n'est pas pour autant possible d'en déduire une péjoration. Il convient dès lors de constater, avec le SMR (cf. avis médical SMR du 9 septembre 2010), que l'état clinique de la recourante ne s'est pas significativement modifié depuis l'expertise du Dr K.\_\_\_\_\_.

**d)** Ainsi avec l'expert K.\_\_\_\_\_, on retiendra que la situation peut être considérée comme inchangée par rapport à 2003 et 2006. D'autre part, avec l'expert A.\_\_\_\_\_ du CEMed, on retiendra que la recourante présente un trouble somatoforme (probablement depuis 2003) accompagné depuis 2007 d'un épisode dépressif avec syndrome somatique dont l'intensité est actuellement légère, sans qu'il n'existe aucune invalidité de nature psychiatrique. La décision attaquée retient

ainsi avec raison que l'état de santé de la recourante ne s'est pas aggravé dans une proportion telle que le droit à la rente allouée jusqu'ici s'en trouverait changé.

**e)** L'instruction étant complète sur le plan médical, il n'y a pas lieu de procéder à un complément sous la forme d'une expertise neutre pluridisciplinaire (orthopédique, rhumatologique, neurologique et psychiatrique), de sorte que la requête formulée dans ce sens par la recourante doit être rejetée par une appréciation anticipée des preuves.

En effet, si l'administration ou le juge (art. 43 et 61 let. c LPGA), se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence).

**5. a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

**b)** La procédure est onéreuse; en principe la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). La recourante a toutefois été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires sont supportés par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les

conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise depuis le début de la procédure. Cela étant, l'indemnité d'office du conseil de la recourante a d'ores et déjà été arrêtée.

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

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

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision rendue le 25 mai 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 450 fr. (quatre cent cinquante francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
  
- IV. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.
  
- V. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Anne-Sylvie Dupont (pour C. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,

- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt est également communiqué, par courrier électronique, au:

- Service juridique et législatif.

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 :