

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 mars 2014

Présidence de Mme THALMANN
Juges : M. Métral et Mme Pasche
Greffière : Mme Barman Ionta

Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 17 al. 1 LPGA ; 18 al. 1 et 82 LPA-VD

Considérant en fait et en droit :

Vu la demande de prestations de l'assurance-invalidité déposée le 28 juin 2001 par K._____, (ci-après : l'assurée ou la recourante),

vu le rapport établi le 6 août 2001 par le Dr N._____, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant de l'assurée, posant les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de troubles somatoformes douloureux, d'état dépressif réactionnel, de lombosciatalgies récidivantes et d'insomnies,

vu le rapport du 28 octobre 2002 du Dr C._____, médecin associé à l'Hôpital orthopédique de [...], posant les diagnostics - ayant des répercussions sur la capacité de travail - de syndrome somatoforme douloureux, dorsolombalgies chroniques, spondylolisthésis de degré I et d'état anxiodépressif réactionnel existant depuis 1995,

vu le rapport d'examen clinique bidisciplinaire établi le 2 février 2004 par les Drs R._____ et J._____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) posant les diagnostics de lombosciatalgies droites chroniques persistantes, spondylolisthésis L5-S1 du premier degré, hypertension artérielle et obésité,

vu le rapport du 22 juillet 2004 du Dr T._____, médecin associé à l'Hôpital orthopédique de [...], posant les diagnostics affectant la capacité de travail de lombalgies chroniques sur status post-spondylodèse L5-S1, de spondylolisthésis ainsi que d'état anxio-dépressif, la capacité de travail théorique dans l'activité de nettoyeuse étant de 50% à partir du 13 mai 2004, comme dans une activité plus légère sans tâches répétitives et sans positions statiques,

vu la déclaration de l'assurée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) déclarant qu'en bonne santé, elle travaillerait à 100% (formulaire 531bis, signé le 6 août 2001),

vu le rapport d'enquête ménagère du 10 février 2005, selon lequel l'assurée ayant travaillé depuis son arrivée en Suisse au taux de 40%, son statut est de 60% ménagère - 40% active, les empêchements rencontrés par elle dans la tenue de son ménage étant évalués à 37,5%,

vu les décisions rendues le 25 octobre 2006 par l'OAI allouant à l'assurée une demi-rente d'invalidité, pour la période allant du 1^{er} février 2002 au 31 décembre 2003, et un trois-quarts de rente, pour les mois de janvier à juillet 2004,

vu le jugement rendu le 9 juillet 2007 par le Tribunal des assurances admettant partiellement le recours, les décisions entreprises étant réformées en ce sens que la recourante a droit à un trois-quarts de rente jusqu'au 31 août 2004,

vu la deuxième demande de rente signée par l'assurée le 4 juin 2008,

vu le rapport d'expertise du 18 décembre 2008 établi par les médecins de la F._____, soit notamment les Drs Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, D._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, posant les diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail de lombalgies chroniques sur status après spondylodèse L5-S1 pour spondylolisthésis du 1^{er} degré en 2004, avec rupture partielle du matériel d'ostéosynthèse (M54.5), syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), dysthymie (F421), et sans répercussion sur la capacité de travail de status après fracture distale du radius gauche et cure chirurgicale du canal carpien (Z98.8) en 2005, et concluant à une incapacité de travail totale dans l'activité de femme de ménage, la capacité de travail dans une activité adaptée en

position alternée assis- debout, sans port de charges au-delà de 5 kg, sans travaux lourds ou en porte-à-faux étant de 50%, l'incapacité de travail sur le plan psychiatrique étant évaluée à 30%, soit au total une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée,

vu le rapport d'expertise psychiatrique du 27 novembre 2008 qui en fait partie intégrante dans lequel la Dresse W._____ mentionne notamment ce qui suit :

« Observation

On est face à une femme âgée de 48 ans faisant son âge, à visage triste et figé. Elle est de constitution forte, se déplaçant avec beaucoup de précaution. L'entretien se déroule avec l'aide d'une interprète portugaise. Durant l'entretien, l'assurée reste toujours dans la même position, sa tête tournée principalement vers l'interprète. Son anamnèse est parfois difficile à établir en raison de ses confusions dans les dates et dans son récit. Par contre, le contact est facile et l'assurée se montre coopérante. La thymie est légèrement diminuée. On ressent chez elle une certaine souffrance en lien avec son état actuel, ses différents problèmes financiers et les tensions au sein du couple. Il n'y a pas d'idées suicidaires. L'assurée a tendance à anticiper ses difficultés par peur d'avoir mal et de refaire des crises d'angoisse. On trouve quelques signes orientant vers un trouble dépressif (baisse de motivation, labilité émotionnelle, difficultés d'attention, troubles du sommeil, maux de tête et crises d'angoisse accompagnées de douleur de l'estomac, passivité, manque d'initiative, fatigue) mais de degré moyen. On n'observe pas de conflits émotionnels ou de problèmes psychosociaux importants. Il n'y a pas de signes orientant vers un trouble anxieux spécifique ni vers un trouble psychotique aigu tels que délires, hallucinations, troubles du cours de la pensée.

[...]

Mon investigation actuelle fait retenir, le diagnostic d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. En confrontant notre propre observation clinique aux différents avis médicaux émis préalablement, on doit admettre une discordance manifeste entre les plaintes de l'assurée et les signes objectifs. Ce hiatus plaide pour un syndrome douloureux somatoforme persistant. L'assurée se trouve dans un processus d'invalidation avec un comportement de malade depuis plusieurs années, ne s'imaginant plus capable de reprendre une activité professionnelle quelconque.

Comme comorbidité psychiatrique, le diagnostic de dysthymie est aussi retenu. L'assurée souffre en effet d'une dépression chronique de l'humeur (baisse de la concentration et de l'attention, augmentation de la fatigabilité, diminution de l'intérêt et du plaisir, absence de confiance en soi, perturbation du sommeil, modification du comportement, humeur instable), mais dont la sévérité est

insuffisante pour justifier le diagnostic d'un trouble dépressif majeur. »,

vu la décision rendue le 16 novembre 2009 par l'OAI rejetant la deuxième demande, au motif que l'état de santé de la recourante ne s'était pas aggravé, son taux d'invalidité après comparaison des revenus s'élevant à 22,5%,

vu la troisième demande signée par l'assurée le 14 octobre 2010,

vu le rapport du 15 novembre 2010 du Dr B._____, médecin praticien, posant les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'état dépressif sévère à modéré avec symptôme somatique, anxiété généralisée, status post opération du tunnel carpien gauche, status post Südeck post opération du tunnel carpien gauche, épicondylite gauche persistante, status post hystérectomie, status post TVT pour incontinence urinaire, syndrome lombovertébral chronique sur troubles statiques et dégénératifs, status post spondylodèse minimale invasive L5-S1 pour spondylolisthésis isthmique, et indiquant notamment ce qui suit :

« Madame K._____ est connue de longue date pour des rachialgies à caractère mécanique qui prédominent depuis 6 ans. Malgré une stabilisation de la colonne lombaire, le résultat final est malheureusement plutôt décevant (douleur résiduelle importante limitant toute activité même légère). Dans ce contexte de douleurs chroniques l'assurée présente un déconditionnement global de la musculature lombo-abdominale aggravée par une surcharge pondérale. Une partie non négligeable des douleurs est à mon avis d'origine tensionnelle tant au niveau cervical que lombaire. Ces douleurs évoluent actuellement dans un contexte familial difficile et conflictuel et elle présente plusieurs symptômes de la lignée dépressive.

Face à un état dépressif important, j'ai dû introduire un traitement mixte (SSRE associé à un Tricyclique) au début de l'année en raison de la persistance des troubles dépressifs et des douleurs ostéoarticulaires. Sur le plan de la capacité de travail, on peut estimer la capacité résiduelle à 25-30%. »,

vu l'avis médical du 14 décembre 2010 des Drs H._____ et G._____ du SMR, concluant que les éléments médicaux apportés par le

Dr B._____ ne constituent pas une aggravation de l'état de santé de l'assurée,

vu la décision rendue le 21 février 2011 par l'OAI rejetant la demande,

vu la quatrième demande signée par l'assurée le 15 septembre 2011,

vu le rapport du 11 octobre 2011 du Dr B._____ posant les mêmes diagnostics que dans son rapport précédant et comme nouveaux diagnostics ceux de suspicion de coronaropathie et d'hypertension artérielle mal contrôlée, et indiquant notamment ce qui suit :

« Evaluation finale

Madame K._____ est connue de longue date pour des rachialgies à caractère mécanique qui prédominent depuis plus de 8 ans. Malgré une stabilisation de la colonne lombaire, le résultat final est malheureusement plutôt décevant (douleurs résiduelles importantes limitant toute activité même légère...). Dans ce contexte de douleurs chroniques l'assurée présente un déconditionnement global de la musculature lombo-abdominale aggravée par une surcharge pondérale. Fait nouveau, elle se plaint d'une dyspnée aggravée depuis 6 à 9 mois dont l'étiologie n'est pas encore pleinement précisée et nécessiterait des examens complémentaires (cardiopathie ischémique?)

Face à un état dépressif important, j'ai dû réintroduire un traitement de Venlafaxine au début de l'année en raison de la persistance des troubles dépressifs et des douleurs ostéoarticulaires.

Sur le plan de la capacité de travail, on peut estimer la capacité résiduelle à 25-30%, incertaine. »,

vu le rapport du 22 novembre 2010 du Dr S._____, spécialiste en médecine interne générale et cardiologie, joint au rapport du Dr B._____, posant les diagnostics de douleurs thoraciques d'origine indéterminée : test d'effort non conclusif (largement sous-maximal), tachycardie sinusale inappropriée (fréquence cardiaque moyenne diurne 107 bpm), hypertension artérielle mal contrôlée sous une trithérapie antihypertensive - hypertrophie ventriculaire gauche concentrique discrète, et concluant son rapport comme il suit :

« Les douleurs de ta patiente ont un caractère très atypique mais surviennent dans un contexte de multiples facteurs de risque cardiovasculaire. Le test d'effort est malheureusement largement sous-maximal et ne permet donc pas de se prononcer quant à la présence d'une maladie coronarienne. J'ai donc prévu une IRM cardiaque de stress qui sera réalisée à l'hôpital de [...] le 01.12.2010.

Les valeurs tensionnelles sont mal contrôlées (150/100 mmHg) avec déjà une hypertrophie ventriculaire gauche concentrique à l'échocardiographie. J'ai donc intensifié le traitement lui proposant un bêtabloqueur en plus de son Exforge.

Je suis frappé également par une tachycardie sinusale à 107 bpm lors de la première consultation. Il n'y a pas de cardiopathie structurale susceptible de l'expliquer. L'enregistrement Holter de 24 heures confirme une tachycardie sinusale avec une fréquence cardiaque moyenne diurne de 107 bpm (nocturne 87 bpm). Je te propose un bilan biologique afin d'écartier une hyperthyroïdie ou une anémie. Le bêtabloqueur qui lui a été prescrit pour son HTA devrait également améliorer la situation rythmique. »,

vu la précision donnée par le Dr B. _____ le 28 octobre 2011 attestant d'une tension artérielle normalisée et que l'IRM cardiaque de stress prévue n'avait pas encore été réalisée,

vu l'avis médical du 24 novembre 2011 du Dr H. _____ du SMR, dont il résulte ce qui suit :

« Assurée de 51 ans, mariée, 4 enfants, ayant travaillé à temps partiel comme nettoyeuse pour plusieurs employeurs ayant déposé une nouvelle demande AI le 20.09.2011.

Un deuxième refus de rente lui avait été signifié le 21.02.11 suite à mon avis médical SMR du 14.12.10.

Elle accompagne sa nouvelle demande d'un rapport médical de son médecin traitant, le Dr B. _____. Dans la longue liste des pathologies de l'assuré, attestée par le Dr B. _____, on retient deux éléments médicaux nouveaux : une hypertension artérielle mal contrôlée, une suspicion de coronaropathie.

J'ai interrogé le Dr B. _____ par courrier le 24.10.11 concernant ces deux problèmes. Dans sa réponse du 26.10.11, il m'indique que le problème de tension est normalisé et que la suspicion de coronaropathie qui devait être confirmée par une IRM cardiaque de stress n'a pas fait l'objet de cette investigation qui était prévue en décembre 2010. On ne peut donc pas retenir le diagnostic de suspicion de coronaropathie, dès l'instant qu'il n'est vérifié par aucun examen complémentaire.

En conclusion, la nouvelle demande de l'assurée n'est accompagnée d'aucun élément prouvant l'aggravation de son état de santé. Il n'y a pas lieu de s'écarter des avis médicaux précédents. »,

vu la décision rendue le 27 janvier 2012 par l'OAI rejetant la demande et dont il résulte notamment ce qui suit :

« En date du 20 septembre 2011, vous avez déposé une nouvelle demande pour des prestations AI. Vous avez accompagné votre nouvelle demande d'un rapport médical de votre médecin traitant, le Dr B._____.

Après examen des éléments médicaux portées au dossier par le Service médical régional, force est de constater que votre nouvelle demande n'est accompagnée d'aucun élément prouvant l'aggravation de votre état de santé. Par conséquent, il n'y a pas lieu de s'écarter des précédents avis médicaux du Service médical régional qui ont motivé nos décisions ultérieures.

Les conclusions des nos précédentes décisions de refus restent donc valables. Pour rappel, on vous considère comme une femme active à 40% et ménagère à 60%, avec des empêchements ménagers chiffrés à 37.5% pour la part ménagère. Pour la part active, on vous a reconnu une capacité de travail exigible de 50% dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles. Le calcul de votre degré d'invalidité globale indique que vous présentez une invalidité de 22.5%.

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité. Notre décision est par conséquent la suivante :

La demande est rejetée. »,

vu la cinquième demande signée le 3 septembre 2012 par l'assurée,

vu le rapport du 3 octobre 2012 du Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale, dont la teneur est la suivante :

« Diagnostics :

1. Dépression sévère avec anxiété généralisée
2. HTA mal contrôlée avec hypertrophie ventriculaire G concentrique discrète et microalbuminurie
3. Fibromyalgie
4. Obésité
5. Syndrome lombovertébral chronique sur trouble statique et dégénératif avec un s.p. spondylodèse mini-invasive L5-S1 pour spondylolisthésis en 1992

6. Tachycardie sinusale inappropriée (FC moyenne diurne 107)
7. Hypercholestérolémie
8. Séquelles Maladie de Freiberg 2^e tête MTT D
9. Céphalées tensionnelles

s.p. Opérations :

1. Tympanoplastie G
2. Hystérectomie et s.p. Ligature des trompes
3. OP pour tunnel carpien G, compliqué par une maladie de Südeck
4. s.p. TVT pour incontinence urinaire
5. s.p. Spondylodèse L5-S1 (voir en haut)
6. s.p. OP pour épicondylite G Aggravation

Aggravation

Nette aggravation sur le plan psychiatrique, nécessitant la prise en charge d'une psychiatre (Dresse M. _____ au CM de [...]) depuis le 23.5.2012 qui suit la patiente environ tous les 2 semaines. La patiente souffre également des douleurs lombaires importantes dans le cadre d'une part de syndrome lombovertébral et d'autre part de la fibromyalgie. Un traitement de physiothérapie ne soulage pas la patiente. La HTA reste difficilement réglable avec des TA autour de 160/80.

Incapacité de travail

La patiente est incapable de travailler à 100% depuis que je la connais, à savoir depuis le 27.2.2012.

Pronostic ; Mauvais »,

vu le rapport du 3 juillet 2013 de la Dresse M. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, posant le diagnostic de trouble anxieux et état dépressif mixte (F41.2), l'incapacité de travail étant totale, et mentionnant en outre ce qui suit :

« Anamnèse (évolution chronologique, thérapie suivie à ce jour)
Apparition de symptômes dépressifs surtout avec des éléments anxieux depuis de nombreuses années, évolution lente

Symptômes actuels/état actuel

Thymie triste, anxiété, immobilisme, tr. sommeil de longue date, crises d'angoisse, pleurs et accentués par des symptômes somatiques

Indications subjectives par le patient/constat objectif

Plaintes constantes, anhédonie, aboulie, dépendance de son entourage.

Pronostic

Réservé »,

vu l'avis médical du 21 novembre 2013 du Dr X. _____ du SMR dont les conclusions sont les suivantes :

« Nous sommes dans une situation analogue à celle de la deuxième demande.

Les éléments médicaux somatiques et psychiatriques sont déjà connus et présentent des caractéristiques cliniques superposables aux descriptions précédentes reconnues dans les évaluations de 2004.

Aucun élément nouveau apte à changer les décisions prises jusqu'à maintenant n'est versé au dossier. »,

vu la décision rendue le 20 janvier 2014 par l'OAI rejetant la demande et considérant notamment ce qui suit :

« Résultat de nos constatations :

- Il s'agit de votre 4ème demande de prestations auprès de notre Assurance.
- Lors des précédentes demandes, nous vous avons dénié le droit à des prestations au motif que votre taux d'invalidité était inférieur à 40%.
- Pour rappel, selon les éléments économiques et médicaux au dossier, on vous considère comme une femme active à 40% et ménagère à 60%.
- Pour la part active de 40%, vous présentez une capacité de travail exigible de 50% dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles (soulèvement régulier de charges de plus de 8 kg, port régulier de charges de plus de 15 kg, positions en porte-à-faux du tronc répétées, positions statiques prolongées immobiles assises et debout). Vous ne présentez donc pas d'empêchements pour la part active.
- Pour la part ménagère de 60%, vous présentez un taux de 37,5% d'empêchements ménagers, ce qui donne un degré d'invalidité de 22,5%.
- Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité.
- Les éléments médicaux portés en appui à votre nouvelle demande du 7 septembre 2012, ont été transmis au Service médical régional pour examen et avis.
- Il ressort de leur avis, que nous sommes dans une situation analogue aux précédentes demandes. Que les éléments médicaux somatiques et psychiatriques sont déjà connus et présentent des caractéristiques cliniques superposables aux descriptions

précédentes reconnues dans les évaluations déjà effectuées auprès de notre Assurance.

- Les éléments que vous avancez n'attestent aucun fait nouveau et ils constituent une appréciation différente d'une situation similaire à l'appréciation du Service médical régional.
- Par conséquent, nous maintenons notre décision de refus de prestations en raison d'un taux d'invalidité de 22,5 %, soit inférieur à 40 %.
- Il appartient à tout assuré de faire tout ce qui dépend de lui pour atténuer au mieux les conséquences de son infirmité, en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail, même au prix d'un effort considérable. Ce n'est pas l'activité que l'assuré consent à accomplir qui est décisive, mais celle que l'on peut raisonnablement exiger de lui dans une situation médicale donnée. Si l'assuré n'exerce pas l'activité exigible selon l'appréciation médicale, le taux de son invalidité sera fixé en égard à cette activité, même s'il ne l'exerce pas.
- Des mesures professionnelles n'ont pas lieu d'être dès lors que l'exercice d'activités ne nécessitant pas de formation particulière est à votre portée, sans qu'un préjudice économique important ne subsiste. »,

vu le recours du 6 février 2014 de K._____, concluant implicitement à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité, soutenant que la péjoration de son état de santé physique et psychique n'a pas pu être prise en compte dès lors qu'elle n'avait pas su expliquer clairement la gravité de son état de santé depuis 2012 déjà, les limitations et incapacités qui sont les siennes existant à la fois dans l'exercice de sa profession et à son domicile, n'arrivant plus à faire à manger, ni son ménage, ni les courses comme l'atteste selon elle son dossier médical,

vu le certificat médical produit par la recourante et établi par la Dresse M._____ le 11 février 2014 dont il résulte ce qui suit :

« Madame K._____ est suivie au Centre Médical de [...] depuis début 2012 et par moi-même depuis début mai 2012.

Depuis que je suis la patiente celle-ci n'a jamais été en état d'exercer une activité professionnelle même à temps partiel ou à suivre les activités de la vie quotidienne au niveau de sa famille.

C'est toujours le mari qui a du suppléer à cela après son travail le soir ou sinon en fin de semaine. »,

vu les pièces du dossier ;

attendu qu'en vertu de l'art. 93 let. a LPA-VD (loi vaudoise sur la procédure administrative du 28 octobre 2008 ; RSV 173.36), la Cour des assurances sociales est compétente pour statuer sur les recours conformément à l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1),

qu'aux termes de l'art. 82 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD, l'autorité peut renoncer à l'échange d'écritures ou, après celui-ci, à toute autre mesure d'instruction, lorsque le recours paraît manifestement irrecevable, bien ou mal fondé (al. 1),

que, dans ces cas, elle rend à bref délai une décision d'irrecevabilité, d'admission ou de rejet sommairement motivée (art. 82 al. 2 LPA-VD) ;

attendu que lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b ; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2), il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue,

que cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 ; 130 V 75 consid. 3.2),

que 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 pouvant 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 ; 113 V 273 consid. 1a ; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b),

qu'une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 *in fine* et les références),

que l'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7),

qu'en l'espèce, la décision rendue le 27 janvier 2012 repose sur un examen matériel des faits, la documentation médicale produite ayant été soumise au Dr H._____ du SMR, lequel, après avoir réinterpellé le Dr B._____, a établi un rapport,

que le rapport du Dr L._____ reprend les mêmes diagnostics que ceux posés par le Dr B._____,

qu'il n'établit pas une aggravation de l'état de santé de la recourante sur le plan somatique, mentionnant uniquement que la recourante souffre de douleurs lombaires importantes, ce qui a déjà été mentionné en 2011 et également lors de précédentes décisions, notamment celle de 2009, fondée sur l'expertise du 18 décembre 2008 de la F._____,

qu'il indique une nette aggravation sur le plan psychiatrique sans la démontrer,

que la Dresse M._____ pose les diagnostics de troubles anxieux et état dépressif mixte,

que le Dr B._____ mentionnait déjà en 2010 et 2011 les diagnostics d'état dépressif sévère à modéré avec symptôme somatique et anxiété généralisée,

que la Dresse M._____ indique d'ailleurs que ces troubles sont apparus depuis de nombreuses années avec un évolution lente,

qu'elle ne démontre pas non plus une aggravation de l'état psychique de la recourante,

qu'il apparaîât dès lors que l'état de santé de la recourante, tant sur le plan somatique que psychique, ne s'est pas modifié depuis la décision rendue le 27 janvier 2012 en tout cas,

que c'est ainsi à juste titre que l'OAI a rejeté la demande,

qu'au vu de ce qui précède, le recours paraît manifestement mal fondé, de sorte qu'il doit être rejeté et la décision du 20 janvier 2014 confirmée ;

attendu que la recourante a demandé l'assistance judiciaire dans le cadre de son recours, en ce sens qu'elle soit exonérée des frais judiciaires et qu'elle puisse bénéficier de l'assistance d'un avocat d'office,

qu'en vertu de l'art. 18 al. 1 LPA-VD, l'assistance judiciaire n'est accordée notamment que pour autant que les prétentions ou les moyens de défense du requérant ne soient pas manifestement mal fondés,

qu'au vu des éléments développés ci-dessus, la procédure était clairement dépourvue de chances de succès,

qu'une personne raisonnable aurait vraisemblablement renoncé à engager une telle procédure compte tenu des frais qu'elle s'exposerait à devoir supporter,

que dans ces conditions, l'assistance judiciaire doit être refusée,

que le présent arrêt doit être rendu sans frais ni dépens.

**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 20 janvier 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III. La requête d'assistance judiciaire du 17 février 2014 est rejetée.

- IV. L'arrêt est rendu sans frais ni dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- K. _____
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :