

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 mai 2017

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Brélaz Braillard, juge, et M. Bonard, assesseur
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

P._____, à [...], recourante, représentée par Me TT._____, avocat à
Lausanne,

et

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

Art. 6 ss LPGA ; 87 RAI.

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1960, sans formation, masseuse indépendante, a été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} juillet au 31 août 1996. Les pièces relatives à cette première demande ne figurent toutefois pas au dossier.

B. Le 25 septembre 2009, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en mentionnant un état anxio-dépressif et une hydrocéphalie opérée. Elle a indiqué avoir travaillé comme masseuse de 1996 à 2009 et être au bénéfice de l'aide sociale.

Invitée à rendre plausible une aggravation de son état, elle a produit le 8 novembre 2009 un rapport daté du même jour de son médecin traitant, le Dr R._____, spécialiste en médecine interne générale, qui relevait que son état psychique s'était aggravé depuis août 2009, dans le contexte de culpabilité de sa profession actuelle qu'elle avait envie de quitter. Il expliquait qu'elle était incapable de gérer sa situation familiale, affective et financière, et qu'elle présentait une insomnie, ainsi qu'une certaine agitation psychomotrice.

Dans un rapport du 29 mars 2010, le Dr R._____ a posé le diagnostic d'état anxio-dépressif grave depuis 1998 et a attesté une incapacité totale de travail depuis le 1^{er} septembre 2009 pour une durée indéterminée, quelle que soit l'activité exercée.

Dans un rapport du 20 mai 2010, le Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et psychiatre traitant, a posé le diagnostic de trouble mixte de la personnalité (F61) depuis 1996. Il a retenu une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle.

Par avis médical du 28 juillet 2010, le Dr J._____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a estimé qu'il convenait de mettre en œuvre une expertise psychiatrique.

L'OAI a mandaté le Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, afin d'effectuer une expertise psychiatrique de l'assurée. Dans son rapport du 8 décembre 2010, il a posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de dysthymie (F34.1) et d'autres troubles spécifiques de la personnalité (narcissique). Il a conclu à une capacité totale de travail dans l'activité habituelle. Il a notamment fait l'appréciation suivante du cas :

« L'assurée a des tendances dépressives en fonction des saisons mais plutôt dans le sens d'une dysthymie. [...]

Il est surprenant qu'alors que l'assurée m'a affirmé prendre régulièrement les médicaments prescrits, nous constatons que selon le dosage plasmatique, la Fluctine est en-dessous de la dose thérapeutique et que l'assurée ne prend probablement pas le Seroquel ni le Seresta.

Concernant les activités journalières, l'assurée a une vie pratiquement normale, sauf qu'elle se plaint de "fatigue du cerveau", mais elle rencontre les gens de son église, est capable de conduire sa voiture depuis [...] jusqu'à [...] NE.

L'assurée a une personnalité à traits narcissiques avec un besoin d'être aimée mais cela ne représente pas une pathologie.

Au cours de l'entretien et après étude de votre dossier, je n'ai pas trouvé des signes ou symptômes parlant en faveur d'une maladie psychiatrique ou d'un trouble de la personnalité décompensée qui justifie l'incapacité de travail de l'assurée. »

Par projet de décision du 14 avril 2011, confirmé par décision du 24 mai 2011, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, au motif qu'elle ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante. Cette décision est entrée en force.

C. Le 25 juin 2014, le Centre social intercommunal de [...] a adressé un formulaire de détection précoce à l'OAI, avec la précision que l'assurée présentait depuis 2009 une incapacité de travail totale en raison d'une hydrocéphalie, de troubles mentaux, de dépression, d'une grosse fatigue et de stress. Il a indiqué qu'elle travaillait en tant qu'intervenante sociale pour Z._____ à 20 % depuis le 1^{er} avril 2011.

Le Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au Centre G._____, a attesté le 26 mai 2014 que l'intéressée était suivie audit Centre depuis le 10 janvier 2014 pour des symptômes de troubles mentaux organiques liés à une hydrocéphalie à pression normale antienne (sic). Il a ajouté que ses difficultés mentales étaient suffisamment importantes pour la rendre définitivement totalement incapable de travailler.

Le 25 juillet 2014, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations tendant à l'octroi d'une rente ou de mesures professionnelles, en indiquant souffrir d'une hydrocéphalie à pression normale antienne, de troubles mentaux organiques dus à cette maladie, de dépression, d'une grosse fatigue et de beaucoup de stress, depuis 1995.

Dans son rapport du 23 septembre 2014, le Dr V._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble organique de l'humeur (F06.3), de trouble anxieux organique (F06.4), ainsi que de trouble cognitif léger (F06.7) et ceux sans effet sur la capacité de travail d'hydrocéphalie compensée par une dérivation ventriculo-péritonéale, d'atrophie optique bilatérale secondaire à un œdème papillaire de stase sévère en 1995 avec atteinte du champ visuel des deux yeux, ainsi que d'incontinence urinaire multifactorielle. Ce spécialiste a fait état d'une incapacité totale de travail dans toute activité. Etaient jointes les pièces suivantes :

- Une évaluation cognitive du 27 août 2014 de la psychologue S._____ du Centre G._____, qui relevait ce qui suit :

« Ce premier examen cognitif effectué chez une patiente de 54 ans, très fatigable et présentant une tristesse importante, met en évidence un ralentissement idéo-moteur, des déficits mnésiques verbaux et visuo-spatiaux (mémoire de travail et mémoire à long terme), ainsi que des troubles exécutifs (inhibition, fluence verbale et planification), langagiers (dénomination de mots) et attentionnels. Sur le versant des ressources, nous observons des capacités globalement préservées sur le plan de l'orientation spatio-temporelle, des praxies constructives et du raisonnement non verbal.

L'évaluation cognitive a mis en évidence des déficits dans plusieurs sphères cognitives, telles que la mémoire, la vitesse de traitement ou les fonctions exécutives. L'exacerbation des troubles de l'humeur, ainsi que l'hydrocéphalie à pression normale, bien que drainée, peuvent avoir un impact négatif et important sur le fonctionnement cognitif de la patiente.

Au vu de ses difficultés cognitives, ainsi que de l'exacerbation de ses troubles physiques (céphalées récurrentes, incontinence urinaire, difficultés à la marche), il serait conseillé d'effectuer une nouvelle évaluation de son hydrocéphalie par des spécialistes (neurologie, neurochirurgie et/ou neuroradiologie...). »

- Un rapport du 4 septembre 2014 du Prof. M._____, spécialiste en ophtalmologie, établi à la suite d'une consultation de contrôle, qui énonçait que dans le cadre d'une hypertension intracrânienne idiopathique en 1995, l'assurée avait présenté un important œdème papillaire de stase qui s'était compliqué par une occlusion de branche artérielle rétinienne nasale à l'œil droit. Lors d'un contrôle en 2009, cette patiente avait montré une atrophie optique bilatérale, secondaire à l'œdème papillaire de stase, et l'étendue du champ visuel était diminué des deux côtés, ce que relevait également le Dr M._____ à l'issue de la consultation de 2014.

Dans un rapport du 28 janvier 2015, le Dr R._____ a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'état anxieux dépressif et celui sans répercussion sur la capacité de travail d'hydrocéphalie compensée par une dérivation ventriculo-péritonéale en 1995. Il a attesté une incapacité de travail à 80 %, précisant que sa patiente avait repris une activité à 20 % dans le courant de 2014. Il a ajouté que l'activité exercée n'était plus exigible.

Par avis médical du 9 avril 2015, le Dr K._____ du SMR a relevé qu'aucun des médecins de l'assurée n'avaient cru bon de l'adresser à un neurochirurgien pour contrôler la dérivation ventriculo-péritonéale posée en 1995. Il a indiqué que l'état anxio-dépressif, la fatigabilité, les troubles du sommeil, les troubles cognitifs légers et les suites de l'hydrocéphalie traitée étaient déjà présents. Rien ne rendait plausible une aggravation durable de l'état de santé de l'intéressée depuis la dernière décision de l'Al.

Par projet de décision du 16 avril 2015, confirmé par décision du 29 mai 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, au motif qu'elle ne présentait pas d'aggravation durable de son état de santé depuis la décision du 24 mai 2011.

D. Par acte du 26 juin 2015, P._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en faisant valoir que son médecin traitant, le Dr V._____, poursuivait les investigations relatives à son état de santé et qu'il l'avait adressée dans ce cadre au L._____ au B._____ pour une nouvelle évaluation. La recourante demandait dès lors d'attendre le résultat de cette évaluation pour rendre une décision définitive. Avec son écriture, elle a notamment produit une convocation pour le 2 septembre 2015 auprès du L._____.

Par décision du 13 août 2015, la juge en charge de l'instruction a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 14 juillet 2015, soit l'exonération d'avances et de frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me TT._____.

Le 14 septembre 2015, l'OAI a constaté qu'à ce stade, le recours n'était pas motivé, se réservant de se déterminer plus avant ultérieurement.

Le 19 novembre 2015, l'intéressée, désormais assistée de Me TT._____, a précisé ses conclusions dans le sens de l'octroi de prestations AI, subsidiairement du renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision. Elle a exposé souffrir depuis 1995 d'une pathologie neurologique grave, entraînant la présence de liquide céphalo-rachidien en excès. Un drain avait alors été posé lors d'une hospitalisation, mais s'était bouché en 2003, ce qui avait conduit à une nouvelle hospitalisation pour changer le drain. A la suite de cette seconde opération, elle souffrait de séquelles permanentes sous forme d'extrême fatigue, d'insomnies, de perte de vue partielle, d'hypersensibilité au bruit et à la lumière, de pertes d'équilibre et de pertes importantes de mémoire. Depuis 2003, elle était

en outre atteinte de grave dépression, d'anxiété et de phobie. Pour finir, la recourante a fait valoir qu'elle était dans l'attente des résultats d'investigations du service de neurochirurgie du B._____, ainsi que du L._____, dont elle avait reçu des convocations respectives pour les 20 novembre et 15 décembre 2015.

La cause a été suspendue le 12 janvier 2016, jusqu'à réception des rapports médicaux du L._____ et du service de neurochirurgie du B._____.

Sur requête de la juge en charge de l'instruction, la recourante a notamment produit le 15 avril 2016 les pièces suivantes :

- Un rapport établi le 4 novembre 2014 par la Dresse Q._____, spécialiste en neurologie, adressé au Dr R._____, consécutif à un examen neurologique, une imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale, ainsi qu'une angio-IRM réalisés le même jour. La Dresse Q._____ posait les diagnostics d'hypertension intracrânienne idiopathique traitée par dérivation en 1995 et changement du drain ventriculaire en 2003, de séquelle d'une neuropathie optique de stase en relation avec l'hypertension intracrânienne idiopathique, d'état anxio-dépressif traité, ainsi que de probable migraine sans aura. Cette spécialiste a en outre énoncé la synthèse suivante :

« En ce qui concerne l'hypertension intracrânienne bénigne [...], il n'y a actuellement pas de signe pour une décompensation [...]. Elle a des séquelles au plan visuel avec une baisse de l'acuité visuelle à prédominance droite et probablement une atteinte du champ visuel de l'œil droit. Je ne constate pas de trouble oculomoteur ni de signe sur les voies longues. L'IRM cérébrale est rassurante. Les troubles neuropsychologiques objectivés sont certainement en partie consécutifs à l'état dépressif. »

- Un rapport du 8 janvier 2016 du Prof. M._____, qui indiquait que la patiente présentait une neuropathie optique atrophique bilatérale, séquellaire de l'œdème de stade sévère diagnostiqué en 1995, mais aussi de l'occlusion artérielle rétinienne qui avait compliqué cet

œdème papillaire. Anatomiquement, l'évolution était stationnaire. Cependant, la patiente s'était plainte depuis septembre 2014 d'une diminution concentrique de la vision des deux yeux, en plus de troubles de la marche, de troubles mnésiques, de céphalées quotidiennes accompagnées de sonophobie et photophobie. Le Prof. M. _____ expliquait que cette constellation de symptômes faisait évoquer une récurrence d'hypertension intracrânienne avec peut-être une forme d'hydrocéphalie, raison pour laquelle il était primordial de pratiquer une IRM cérébrale et, le cas échéant, de réviser le shunt ventriculo-péritonéal présent.

- Un rapport du 2 février 2016 des Drs F. _____ et T. _____, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistant au sein du service de neurochirurgie du B. _____, consécutif à une IRM du cerveau et une radiologie du crâne réalisés le 13 janvier 2016. Ces médecins relevaient ce qui suit :

« Cette patiente vient donc en contrôle ce jour pour une HTIC [hypertension intracrânienne] idiopathique drainée depuis 1995 avec révision en 2003, sans signe clinique évident relatif à une HTIC, avec un examen ophtalmologique stable et une IRM ne montrant pas de signe d'HTIC et une valve réglée à 200.

Dans ce contexte, nous avons discuté du cas de Madame lors de notre colloque de neuroradiologie le 20.01.2016. Après ce colloque et discussion avec le Prof. NN. _____ (neuroradiologue), nous concluons à l'absence de signe radiologique d'une hydrocéphalie nouvelle avec des ventricules qui gardent une taille normale. Dans ce contexte d'absence de signe objectif de dysfonction de drainage, nous ne proposons pour l'instant pas de geste chirurgical. »

- Un rapport du 7 avril 2016 du Dr V. _____, qui expliquait suivre la patiente depuis le 10 janvier 2014. Il posait le diagnostic de trouble cognitif léger multidomaine, d'origine probablement contextuelle et possiblement thymique et médicamenteuse. Il retenait les diagnostics secondaires d'hypertension intracrânienne idiopathique traitée par dérivation en 1995, avec changement de drain ventriculaire en 2003, de trouble anxieux organique, de trouble organique de l'humeur, d'atrophie optique bilatérale secondaire à un œdème papillaire de stade sévère en 1995 avec

atteinte du champ visuel des deux yeux, d'incontinence urinaire multifactorielle avec status post-pose de bandelette urinaire en 2014, ainsi que d'allergies à divers produits chimiques. En conclusion, ce médecin estimait que l'intéressée possédait une capacité de travail nulle dans toute activité, et que la forcer à exercer une activité professionnelle pourrait aggraver sa santé.

Le 9 juin 2016, la recourante a allégué avoir dû subir une nouvelle opération d'urgence en mai 2013 dans le cadre d'un épisode d'hypertension intracrânienne, laquelle avait amplifié une neuropathie optique atrophique bilatérale déjà diagnostiquée en 1995. Elle a relevé qu'elle souffrait d'une très grave affection neurologique, de troubles ophtalmiques sérieux séquellaires et de diverses autres affections depuis 1995, qui avaient induit un état dépressif chronique sévère à partir de 1996. La recourante a ajouté qu'aucune amélioration n'avait pu être constatée au cours des dernières années. Au contraire, des troubles cognitifs étaient apparus en 2014 et 2015, affectant la mémoire, la vitesse de traitement et les fonctions exécutives. Elle s'est encore référée au rapport précité du 7 avril 2016 du Dr V._____, selon lequel sa capacité de travail était nulle dans toute activité.

Le 15 juillet 2016, l'OAI a maintenu sa position, précisant qu'en l'état du dossier, il ne disposait pas d'indices suffisants pour remettre en cause la décision litigieuse au moment où elle avait été rendue. Il a produit un avis médical du 4 juillet 2016 du Dr K._____ du SMR, selon lequel le compte rendu du bilan du L._____ effectué en 2016, ainsi que des renseignements sur le traitement psychotrope prescrit par le psychiatre depuis janvier 2016, étaient nécessaires.

Le 18 août 2016, la recourante a produit un rapport du 5 janvier 2016 du Dr W._____, chef de clinique au L._____, consécutif à la consultation du 15 décembre 2015. Il retenait le diagnostic principal de troubles cognitifs légers multi-domaines, d'origine probablement contextuelle et possiblement thymique et médicamenteuse. Le Dr W._____ relevait en outre ce qui suit :

« Conclusions de l'examen neuropsychologique du 9 septembre 2015 :

Le bilan neurologique de cette patiente de 55 ans, collaborante et nosognosique, mais particulièrement apathique et ralentie, met en évidence au premier plan un dysfonctionnement exécutif, se manifestant tant au niveau cognitif (programmation, initiation et inhibition) que comportemental (apathie importante). On relève, par ailleurs, des difficultés de mémoire épisodique verbale (reconnaissance et récupération altérées), mémoire à court terme visuo-spatiale et mémoire autobiographique (aspects sémantiques). Y sont associées des difficultés attentionnelles et praxiques.

Le reste des fonctions cognitives investiguées, notamment les gnosies visuelles, apparaît en revanche préservé.

Comparativement au bilan effectué en 2014, on relève une légère aggravation du dysfonctionnement exécutif et attentionnel.

Le profil cognitif observé, à prédominance exécutive et mnésique, est compatible avec les antécédents médicaux de la patiente. Toutefois, au vu de la légère aggravation de son tableau, il me semble important [de] continuer à la suivre.

Signalons encore que du point de vue strictement neuropsychologique, le tableau cognitif actuel est de nature à fragiliser la conduite automobile.

Problèmes et attitude :

Nous avons retenu le diagnostic de troubles cognitifs légers multi-domaines, d'origine probablement contextuelle et thymique. En effet, à l'examen neuropsychologique, la patiente présente principalement un tableau global mais qui n'interfère pas avec l'autonomie de la patiente. De plus, certains tests réalisés démontrent que la patiente présente parfois des scores inférieurs attendus par rapport à des personnes atteintes de démence sévère. Ceci, dans le cadre d'examens somatiques rassurants et dans le cadre de difficultés d'adaptation au contexte actuel de vie. Dès lors, nous suspectons un manque de collaboration. En plus de la composante thymique, une composante anxieuse peut également être présente. De plus, nous n'excluons pas que les troubles cognitifs puissent avoir un rapport avec les interventions et pathologies effectuées par le passé. Finalement, comme décrit dans les lettres précédentes, la composante médicamenteuse psychotrope est également possible mais pas dans le cadre d'une intoxication étant donné que les taux de fluoxétine, de trazodone et de venlafaxine montrent une bonne compliance médicamenteuse. Nous signalons toutefois que le vesicare peut occasionner des effets défavorables sur la cognition. »

Le 17 octobre 2016, l'OAI a derechef constaté que les rapports médicaux déposés en procédure n'étaient pas de nature à jeter un doute, même léger, sur ses conclusions. Il a produit un avis médical établi le 28 septembre 2016 par le Dr K. _____ du SMR, selon lequel des troubles cognitifs étaient déjà décrits dans le rapport médical du 20 mai 2010 du Dr N. _____ et avaient été pris en compte lors de l'instruction initiale. Le

Dr K._____ ajoutait qu'il n'y avait pas d'indice d'une modification durable et notable des troubles neuropsychologiques, qui se cantonnaient à des troubles de gravité légère. Le constat du Dr W._____ de janvier 2016 était rassurant. Le Dr K._____ relevait également que le Dr F._____ avait conclu, dans son rapport du 2 février 2016, à l'absence d'une nouvelle hydrocéphalie.

Le 27 octobre 2016, la recourante a fait valoir que les pièces annexées à son écriture démontraient qu'elle présentait un dysfonctionnement exécutif et attentionnel, et qu'ils soulignaient l'apparition d'une aggravation, certes légère, de ce dysfonctionnement. Etait joint un rapport du 18 septembre 2015 de la psychologue C._____ du L._____ qui, reprenant l'entier des « conclusions de l'examen neuropsychologique du 9 septembre 2015 » énoncées dans le rapport du 5 janvier 2016 du Dr W._____, ajoutait qu'elle avait fortement encouragé la patiente à continuer son activité auprès de Z._____. Etait également annexé un rapport du 26 septembre 2016 établi par le Dr F._____, ainsi que les Drs X._____ et ZZ._____, respectivement médecin cadre hospitalier et médecin assistant au service de neurochirurgie du B._____, au sein duquel la recourante avait séjourné du 9 au 14 septembre 2016 en raison de céphalées. Le diagnostic principal était celui d'hypertension intracrânienne idiopathique dérivée avec valve Sophysa. Les médecins relevaient à cet égard que la valve avait été réglée en position moyenne avec un contrôle radiologique satisfaisant et qu'une IRM cérébrale réalisée le 12 septembre 2016 mettait en évidence un drain en frontal droit, avec une taille ventriculaire comparable. En outre, depuis le réglage, la patiente décrivait une amélioration significative des céphalées.

Le 22 décembre 2016, l'OAI a une nouvelle fois proposé le rejet du recours. Il a produit un avis du 12 décembre 2016 du Dr K._____ du SMR, selon lequel les rapports susmentionnés n'apportaient aucun élément objectif démontrant une aggravation notable et durable de l'état de santé de la recourante antérieurement au 29 mai 2015.

Le 9 février 2017, Me TT. _____ a produit la liste de ses opérations.

E n d r o i t :

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

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours formé le 26 juin 2015 contre la décision de l'intimé du 29 mai 2015 a été interjeté en temps utile. Bien que peu motivé, il est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a).

b) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue ; les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_193/2012 du 26 juillet 2012).

c) Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité à la suite de sa troisième demande de prestations présentée le 25 juillet 2014.

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 art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se

définit 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 (art. 6 LPGA).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c).

La rente d'invalidité est échelonnée selon le taux d'invalidité : l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins (art. 28 al. 2 LAI).

Pour évaluer le taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative, il faut comparer le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité), avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu de la personne invalide) (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait

empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2, deuxième phrase, LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 127 V 294 consid. 4c in fine et 102 V 165 ; Pratique VSI 5/2001 p. 223 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

c) 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 ; cf. TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. 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 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée ; également TF 9C_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 loc. cit., avec la jurisprudence citée).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge prendra en considération le fait que ces derniers peuvent être enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unissent à celui-ci ; 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).

4. a) Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2), 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. 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 propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 et 130 V 71 consid. 3.2).

b) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire du droit à 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. Selon l'art. 87 al. 2 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies.

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon les dispositions précitées. 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, ATF 130 V 343 consid. 3.5). 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). 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).

5. En l'occurrence, l'OAI est entré en matière sur la troisième demande de prestations déposée le 25 juillet 2014 par la recourante. Dès lors, il convient d'examiner si, entre la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel complet du droit à la rente – soit la décision de refus de prestations du 24 mai 2011 – et la décision litigieuse du 29 mai 2015, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit.

a) Sur les plans somatique et neurologique, la recourante allègue une atteinte conséquente sous forme d'hydrocéphalie. Toutefois, cette atteinte n'est pas nouvelle. Elle est en effet survenue en 1995, date à laquelle une dérivation ventriculo-péritonéale lui a été posée. En 2003, cette dérivation a été changée. C'est dire que lors de la demande de rente initiée en septembre 2009, la situation de l'intéressée au plan hydrocéphalique était déjà connue des médecins qui la suivaient, lesquels n'ont toutefois pas mentionné que l'atteinte à ce niveau avait un caractère incapacitant.

En outre, dans le cadre de la présente procédure, le Dr V._____ a retenu dans son rapport du 23 septembre 2014 que l'hydrocéphalie était sans effet sur la capacité de travail. Cette opinion est partagée par le Dr R._____ lui-même, qui a indiqué dans son rapport médical du 28 janvier 2015 que l'hydrocéphalie n'avait pas de répercussion sur ladite capacité.

Quant à la Dresse Q._____, elle a relevé, dans son rapport du 4 novembre 2014, que l'hypertension intracrânienne était bénigne et qu'il n'y avait actuellement pas de signe pour une décompensation. Elle a en outre indiqué que l'IRM cérébrale réalisée le jour même était rassurante.

Dans leur rapport du 2 février 2016, consécutif à une IRM du cerveau et une radiologie du crâne réalisées le 13 janvier 2016, les Drs F._____ et T._____ du service de neurochirurgie du B._____ ont retenu que l'IRM ne montrait pas de signe d'hypertension intracrânienne, et qu'il n'y avait pas de signe radiologique d'une nouvelle hydrocéphalie. Ils ont ainsi conclu à l'absence de signe objectif de dysfonction du drainage et ne proposaient dès lors pas de geste chirurgical.

Quant à l'ultime rapport de ce service de neurochirurgie, établi le 26 septembre 2016 par les Drs F._____, X._____ et ZZ._____, il permet de constater qu'après réglage de la valve Sophysa, la patiente

décrivait une amélioration significative des céphalées. Ces médecins indiquaient également que l'IRM cérébrale du 12 septembre 2016 avait mis en évidence un drain en frontal droit avec une taille ventriculaire comparable.

Dans ces circonstances, force est de constater que l'atteinte de la recourante au plan hydrocéphalique ayant conduit à l'opération de 1995, puis à la reprise de 2003, ne s'est pas péjorée, tous les examens pratiqués et les spécialistes consultés ayant admis le caractère stationnaire de la problématique.

Il en va de même en ce qui concerne la neuropathie optique atrophique bilatérale. Le Prof. M. _____ a suivi la recourante dès 1995, à la suite de l'atteinte hydrocéphalique précitée, qui avait entraîné un important œdème papillaire de stase. Ce spécialiste a indiqué que lors d'un contrôle en 2009, l'intéressée présentait une atrophie optique bilatérale, secondaire à cet œdème (cf. rapport du 4 septembre 2014). Dans son rapport du 8 janvier 2016, le Prof. M. _____ a constaté que sur le plan anatomique, l'évolution de la neuropathie optique atrophique bilatérale était stationnaire. En outre, le Dr V. _____ a retenu, dans son rapport du 23 septembre 2014, que cette atteinte était sans effet sur la capacité de travail.

L'intéressée ne peut dès lors être suivie lorsqu'elle affirme que son état s'est péjoré sur le plan neurologique depuis la décision de refus de prestations du 24 mai 2011. Quoi qu'il en soit, aucune aggravation n'est établie avant le 29 mai 2015, date de la décision litigieuse. Or il est constant que le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue ; les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. consid. 2b supra).

S'agissant du diagnostic d'incontinence urinaire multifactorielle, retenu pour la première fois dans le rapport médical du 23

septembre 2014 du Dr V._____, soit après la décision de 2011, ce médecin a lui-même constaté, dans ledit rapport, que cette atteinte n'avait aucune répercussion sur la capacité de travail de la recourante.

En ce qui concerne les troubles cognitifs multi-domaines, le Dr V._____ a relevé qu'ils n'avaient été investigués qu'à partir de 2014 et qu'ils étaient dus à plusieurs facteurs, notamment aux interventions effectuées par le passé. Il a estimé que ces troubles, ajoutés à certaines autres atteintes de sa patiente, entraînaient une incapacité totale de travail (cf. rapports des 23 septembre 2014 et 7 avril 2016). Toutefois, ces troubles ne sont qualifiés que de légers par les médecins s'étant prononcés à ce sujet (cf. rapports précités du Dr V._____, rapport du 5 janvier 2016 du Dr W._____). Par ailleurs, le Dr V._____ est le psychiatre traitant de la recourante, dont les constatations, en particulier celles ayant trait à la capacité de travail, doivent être admises avec réserve (cf. consid. 3c supra), ceci d'autant plus que la psychologue C._____ du L._____ a signalé qu'elle avait fortement encouragé l'intéressée à continuer son activité auprès de Z._____ (cf. rapport du 18 septembre 2015). Certes, dans son rapport du 5 janvier 2016, le Dr W._____ a énoncé une « légère aggravation du dysfonctionnement exécutif et attentionnel par rapport au bilan effectué en 2014 ». Cependant, ce médecin s'est étonné des résultats obtenus pour certains tests. Il a relevé que l'intéressée présentait parfois des scores inférieurs à ceux attendus pour des personnes atteintes de démence sévère, alors que les examens somatiques étaient rassurants. Il a dès lors suspecté un manque de collaboration. En outre, il a expliqué que ces troubles cognitifs légers étaient probablement d'origine contextuelle et possiblement thymique et médicamenteuse. Se fondant sur ce rapport, le Dr K._____ du SMR a indiqué qu'il s'agissait ainsi de troubles probablement d'origine non médicale, et possiblement en relation avec un trouble psychique. Il a exposé que le constat du Dr W._____ était rassurant. Le médecin du SMR a de surcroît relevé que certains troubles cognitifs, tels que des troubles de la concentration, étaient déjà décrits dans le rapport du 20 mai 2010 du Dr N._____, établi dans le cadre de la demande de prestations initiée en 2009 (cf. avis médical du 28 septembre 2016). Au vu de ce qui

précède, il sied de considérer que ces troubles cognitifs qualifiés seulement de légers ne démontrent pas que l'état de l'intéressée s'est modifié dans une mesure propre à justifier désormais l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité.

b) Sur le plan psychiatrique, la recourante fait valoir qu'elle souffre d'un état dépressif chronique sévère depuis 1996, respectivement qu'elle est atteinte de grave dépression depuis 2003. Elle allègue également présenter de l'anxiété et des phobies depuis 2003 (cf. courriers des 19 novembre 2015 et 9 juin 2016). Or une expertise psychiatrique de l'intéressée a été réalisée à la fin de l'année 2010 par le Dr D._____, qui a exclu toute forme d'atteinte au plan psychique. Il a uniquement retenu, sans effet sur la capacité de travail, une dysthymie et d'« autres troubles spécifiques de la personnalité (narcissique) ». Il a en outre signalé que la recourante ne prenait probablement pas les médicaments qui lui avaient été prescrits.

Aucun rapport médical figurant au dossier n'établit une péjoration de l'état psychiatrique de l'intéressée depuis la décision de l'intimé du 24 mai 2011, fondée sur cette expertise. Le Dr R._____ a certes posé le diagnostic d'« état anxio-dépressif » dans son rapport du 28 janvier 2015, mais ce médecin généraliste l'avait déjà énoncé dans son rapport du 29 mars 2010, alors que ce diagnostic n'a finalement pas été retenu par l'expert D._____. Quant au Dr V._____, il a fait état d'un trouble organique de l'humeur et d'un trouble anxieux organique ayant un effet sur la capacité de travail (cf. rapport du 23 septembre 2014). Cependant, ces diagnostics ne sont corroborés par aucun autre médecin. Par ailleurs, tel que susmentionné, le Dr V._____ est le psychiatre traitant de l'intéressée, dont les constatations doivent être de ce fait admises avec réserve. Pour finir, dans son rapport d'expertise, le Dr D._____ avait déjà pris en considération l'humeur de la recourante, ainsi que les troubles anxieux (cf. expertise du 8 décembre 2010 pp. 7 et 8).

c) Au vu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'intimé a considéré, dans la décision attaquée du 29 mai 2015, que l'état de santé de la recourante ne s'était pas modifié depuis la décision du 24 mai 2011 dans une mesure propre à justifier désormais l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité.

6. a) Il en résulte que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; RSV 211.02.3]).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que cette dernière est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a pour le surplus pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGa).

La recourante bénéficie en outre, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me

TT._____ (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Invité à produire sa liste des opérations (art. 3 al. 1 RAJ), ce dernier a communiqué le 9 février 2017 une liste totalisant 21 heures de travail. Après examen des opérations effectuées, il apparaît que le temps affecté à certains postes est excessif. Ainsi, Me TT._____ a indiqué à plusieurs reprises avoir consacré 15 minutes à des courriers où il s'est limité à demander une prolongation de délai à la Cour de céans ou à produire des documents médicaux. En outre, il a systématiquement attribué 15 minutes par lettre envoyée à sa cliente pour lui faire parvenir une copie des courriers qu'il avait adressés le même jour à la Cour de céans ou à un médecin. De plus, les 18 opérations libellées « attention à une correspondance », toutes chiffrées à 15 minutes, ne seront pas non plus prises intégralement en compte, puisqu'elles ne nécessitent qu'une lecture cursive et brève, ne dépassant pas les quelques secondes pour un avocat correctement formé (Bohnet/Martenet, Droit de la profession d'avocat, Berne 2009, n. 2962 p. 1170 et la jurisprudence citée ad n. 873 ; CACI Juge délégué 19 août 2015/427). Pour finir, il n'y a pas lieu de prendre en considération les 45 minutes attribuées aux « opérations administratives et comptables », s'agissant de travail de secrétariat. Il convient enfin d'ajouter 100 fr. de débours, plus TVA à 8 %, soit 108 francs. Compte tenu d'un tarif horaire de 180 fr., l'indemnité d'office sera ainsi arrêtée globalement à 2'708 fr., TVA et débours compris.

Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue d'en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC).

**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 29 mai 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.
- IV. L'indemnité d'office de Me TT._____, conseil de la recourante, est arrêtée à 2'708 fr. (deux mille sept cent huit francs), TVA et débours compris.
- V. La 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, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis provisoirement à la charge de l'Etat.
- VI. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me TT._____ (pour P._____)
- 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 :