

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 21 mai 2014

---

Présidence de M. MERZ

Juges : Mmes Rossier et Pétremand Besancenet, assesseures

Greffière : Mme Monod

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**K.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par PROCAP SUISSE, Me  
Caroline LEDERMANN, avocate, à Bienne

et

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

---

**Art. 6, 7 et 8 LPGA.**

**E n f a i t :**

**A.** K.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante portugaise née en 1967, sans formation professionnelle certifiée, a exercé les activités de femme de chambre et de lingère. Elle a résidé en Suisse dès 1987 et y est domiciliée durablement depuis décembre 2000, après un retour temporaire dans son pays d'origine.

Elle a disposé d'un délai-cadre indemnisé par la Caisse de chômage M.\_\_\_\_\_ dès le 4 février 2009, son droit subséquent à des prestations de l'assurance-chômage dès le 4 février 2011 ayant toutefois été nié par \_\_\_\_\_ décision \_\_\_\_\_ du 28 février 2011. L'assurée a depuis lors été prise en charge par le Centre social Q.\_\_\_\_\_ et mise au bénéfice du revenu d'insertion.

En date du 4 juillet 2011, le centre précité a déposé un formulaire de détection précoce en faveur de l'assurée auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), motif pris d'une incapacité de travail de 50% consécutive à une atteinte de l'œil gauche. Était notamment annexé audit formulaire un certificat établi le 19 juillet 2010 par le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en ophtalmologie, lequel précisait que sa patiente présentait une perte de la fonction visuelle de l'œil gauche et se trouvait empêchée d'exercer les travaux nécessitant une acuité visuelle binoculaire ou stéréoscopique, ainsi que ceux « comportant un risque de chute ou d'accident ».

Sur recommandation de l'OAI, à l'issue d'un rapport de détection précoce du 15 août 2011, l'assurée a requis formellement des prestations de l'assurance-invalidité (AI) par dépôt du formulaire ad hoc le 18 août 2011. Elle a indiqué que l'atteinte à la santé remonterait au 8 avril 2008 et consisterait en une « platine dans l'œil gauche suite à une opération de la cataracte », tandis que sa prise en charge médicale serait assurée depuis 2010 tant par le Dr Z.\_\_\_\_\_, que par le Dr T.\_\_\_\_\_.

spécialiste en ophtalmologie et médecin adjoint auprès de l'Hôpital R.\_\_\_\_\_.

L'OAI a sollicité des renseignements médicaux auprès de ces deux praticiens, lesquels ont produit leurs rapports respectifs en date des 29 \_\_\_\_\_ et 30 août 2011. Le Dr T.\_\_\_\_\_ a pour sa part déploré de ne pas être en mesure de se prononcer sur les aptitudes professionnelles de l'assurée, soulignant que celle-ci avait été opérée - sans succès - le 3 juin 2010 d'un décollement rétinien de son œil gauche, diagnostiqué amblyope de longue date et doté d'une mauvaise acuité visuelle. Il a joint à toutes fins utiles les pièces relatives à ladite opération, renvoyant au surplus à l'ophtalmologue traitant pour de plus amples précisions. Quant au Dr Z.\_\_\_\_\_, il a également évoqué le diagnostic d'amblyopie de l'œil gauche, ce « depuis l'âge de quatre ans », et indiqué avoir assumé le suivi de \_\_\_\_\_ l'assurée \_\_\_\_\_ du 26 avril 2010 au 8 juillet 2011. Il a précisé ne pas envisager de diminution de rendement, ni de la capacité de travail « compte tenu qu'il s'agit d'un problème ancien », mettant en exergue que « pour déterminer avec exactitude la perte fonctionnelle secondaire au décollement de rétine de l'œil gauche, il faudrait connaître l'acuité visuelle de cet œil avant l'opération de la cataracte. Subjectivement, la patiente ressent une perte qui est probablement en relation avec la réduction de son champ visuel. »

L'assurée a fait parvenir à l'OAI plusieurs certificats médicaux, établis par son médecin généraliste traitant, le Dr H.\_\_\_\_\_, lequel a préconisé une incapacité totale de travail à compter du 17 octobre 2011.

En date du 13 décembre 2011, le Dr S.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional AI (ci-après : SMR), a rendu son rapport sur l'appréciation du cas de l'assurée, concluant à l'absence d'atteinte à la santé susceptible de se répercuter durablement sur la capacité de travail et mettant en exergue précisément le défaut d'incapacité de travail prononcée par les ophtalmologues consultés.

**B.** Fort de cet avis, l'OAI a rendu un projet de décision tendant au refus de toutes prestations, envoyé à l'assurée le 3 janvier 2012, auquel cette dernière a donné suite par courrier du 16 janvier 2012 annonçant une convocation prochaine en vue d'examen auprès de l'Hôpital R.\_\_\_\_\_. Elle a au surplus communiqué les certificats d'incapacité de travail successivement établis par le Dr H.\_\_\_\_\_, maintenant l'incapacité de travail prononcée dès le 17 octobre 2011, dans une mesure toutefois réduite à 50% dès le 9 janvier 2012. Ce praticien a en outre adressé à l'OAI une attestation datée du 9 mars 2012, aux termes de laquelle il a confirmé l'amblyopie de l'œil gauche diagnostiquée auprès de sa patiente, accompagnée d'algies oculaires difficilement traitables, et évoqué un état dépressif réactionnel pris en charge au sein de la Polyclinique I.\_\_\_\_\_ sous l'égide de la Fondation J.\_\_\_\_\_. Il a en outre joint à son écrit le rapport établi le 21 février 2012 par les Drs X.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_, respectivement médecin adjoint et médecin assistant au sein de l'Hôpital R.\_\_\_\_\_. Ces derniers ont évoqué un traitement spécifique des douleurs et un examen complémentaire en vue de l'exclusion d'une arthrite juvénile, retenant les diagnostics suivants :

- Syndrome de Schwarz avec absence de fonction visuelle.
- Amblyopie sur strabisme opérée au Portugal à l'âge de quatre ans.
- Status post-vitrectomie, pelage et rétinectomie dans les deux quadrants sur décollement rétinien total avec PVR [réd. : prolifération vitréorétinienne] antérieure nasale inférieure et PVR postérieure sous forme de cordon sous-rétinien et pseudophakie le 03.06.2010.

A la demande de l'OAI, le Dr H.\_\_\_\_\_ a fait parvenir un tirage du consilium psychiatrique du 28 mars 2012, émanant des Dresses F.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et L.\_\_\_\_\_, médecin assistante, au service de la Polyclinique I.\_\_\_\_\_ consécutivement à quatre consultations spécialisées de l'assurée. Ces médecins ont posé les diagnostics de probable trouble de la personnalité, type \_\_\_\_\_ paranoïaque (F 60.0) et probable trouble délirant, type somatique (F 22.0), faisant part de ce qui suit, à l'issue de l'anamnèse et de leur observation clinique :

« [...] Sur la base des éléments anamnestiques amenés par la patiente, nous pouvons évoquer un probable trouble de la personnalité de type paranoïaque : en effet, [l'assurée] présente une certaine méfiance soupçonneuse envahissante envers les autres comme en témoigne sa relation avec sa famille, son entourage proche ainsi que l'entourage professionnel, ainsi que les ophtalmologues. La patiente serait préoccupée par certains doutes qui concernent actuellement son opération ophtalmique tout en étant persuadée qu'un dégât a été commis par les médecins ophtalmologues, Au travers de l'anamnèse rapportée par la patiente, nous pouvons également constater que [l'assurée] met en doute de manière répétée et sans justification la fidélité de ses compagnons et la loyauté de ses amis ou de ses proches. A noter tout de même que [l'assurée] a pu fonctionner de manière relativement satisfaisante jusqu'en 2008, moment où elle subit une opération oculaire, suite à quoi elle est envahie par ses idées délirantes de type persécution.

Un diagnostic différentiel suspecté est un trouble délirant de type somatique qui se manifeste par certaines idées délirantes, étant persuadée d'être atteinte d'une maladie ou d'une imperfection physique. A noter qu'en dehors de l'impact de l'idée délirante, il n'y a pas d'altération marquée du fonctionnement psycho-social. Ce diagnostic reste tout de même moins probable dû au fait qu'on constate un dysfonctionnement psycho-social de plus en plus important empêchant la patiente de se présenter au travail et d'entretenir une relation sociale avec les autres.

Un éventuel syndrome génétique, qui se manifeste par des pathologies oculaires, intestinales ainsi que des symptômes douloureux décrits par la patiente resterait à investiguer.

Proposition thérapeutique :

[L'assurée] s'est présentée à quatre reprises pour consultations psychiatriques. Il semblerait qu'elle ait pu bénéficier de ces entretiens qui lui ont permis une certaine atténuation des symptômes présentés tels que l'épuisement et son état de déprime. A l'issue de ces entretiens, [l'assurée] a souhaité arrêter son suivi psychiatrique. [...] »

Le Dr X. \_\_\_\_\_ a complété un rapport en date du 15 mai 2012, à l'attention de l'OAI, confirmant les diagnostics cités supra dans son \_\_\_\_\_ rapport \_\_\_\_\_ du 21 février 2012 sur le plan ophtalmique et attestant du peu d'évolution du status visuel de l'œil gauche.

Sollicité par questions complémentaires de l'OAI, ce même spécialiste, assisté de la Dresse P. \_\_\_\_\_, a exposé le 2 juillet 2012 qu'une incapacité de travail avait été prononcée dans le cas de l'assurée, pour raisons ophtalmiques, pour la période limitée s'étendant du 3 au 18

juin 2010, tandis qu'une reprise du travail à 100% devait être évaluée selon l'évolution de la symptomatologie douloureuse qualifiée d'aiguë.

Par communication du 30 juillet 2012, l'OAI, sur recommandation du SMR, a mandaté le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès du Centre D.\_\_\_\_\_, aux fins d'expertise de l'assurée, laquelle s'est déroulée le 3 octobre 2012. Aux termes du rapport corrélatif du 5 décembre 2012, ce praticien fait état des constats suivants :

« [...] Il s'agit d'une femme de 45 ans qui fait son âge chronologique, de constitution hyposthénique, à l'hygiène et à la présentation vestimentaire sans particularité. L'assurée est bien orientée aux quatre modes (dans le temps, dans l'espace, quant à sa personne et quant à la situation). Le discours est d'élocution et d'élaboration pauvres, cohérent et formellement bien construit, ne montrant pas de distorsions globales de la pensée. Elle exprime sa compréhension par rapport à la situation expertale et paraît avoir compris les enjeux impliqués.

Il n'y a pas de troubles de la concentration, de l'attention, de la compréhension et de la mémoire objectivables lors de l'entretien. Toutefois, l'assurée se plaint subjectivement de troubles de la concentration et de la mémoire du travail et d'évocations, en particulier des faits récents. En ce qui concerne le registre psychotique au moment de l'entretien, l'assurée ne présente aucun trouble formel du cours ou du contenu de la pensée. Nous n'observons pas la présence de troubles dissociatifs au niveau du registre intellectuel ou émotionnel, des barrages, des troubles de la syntaxe, ni de paralogismes ou des réponses à côté. Il n'y a pas de bizarreries au registre verbal et non verbal. Absence d'un syndrome délirant. Il n'y a pas d'idées délirantes simples ou systématisées, et/ou de troubles de la sphère perceptivo-sensorielle sous la forme d'hallucinations. Pas d'idées interprétatives, simples ou délirantes. Pas d'idées de concernement, simples ou délirantes. Il est à noter une méfiance dans les relations interpersonnelles, exacerbée après les interventions chirurgicales oculaires mais sans valences délirantes. Il est à souligner que la patiente nous décrit dans son enfance un épisode d'altération de la perception de type hallucination visuelle avec un vécu « mystique » et sentiment d'étrangeté de soi sans récurrence dans la durée et sans implications psychopathologiques et de fonctionnement social. Il s'agit probablement d'une perturbation psychologique transitoire qui s'inscrirait dans un contexte ethnoculturel ou d'une problématique de nature oculaire (anopsie, scotome scintillant ou autre phénomène entoptique) sans signification pour notre situation expertale.

Concernant la lignée dépressive et au cours de l'entretien, l'expertisée évoque une thymie fluctuante. Nous pouvons noter une thymie discrètement triste avec un affect congruent au contenu de la pensée. Elle évoque un sentiment de préoccupation par rapport à son avenir, avec des élaborations pessimistes et des ruminations, ne

voyant pas d'issue à sa situation. L'humeur est fluctuante. Il n'y a toutefois pas de sentiment d'autoaccusation, d'indignité, de ruine ou de culpabilité. L'expertisée décrit un repli sur soi avec isolement social, perte d'élan vital et de capacité à éprouver du plaisir pour des activités quotidiennes. L'activité psychomotrice est dans la norme.

L'assurée évoque une asthénie et une fatigabilité. Il n'y a pas d'idéation suicidaire active ou passive ni projet mortifère cristallisé. L'assurée se plaint d'un sentiment d'angoisse et de peur anticipatoire lorsqu'elle songe à son avenir, mais l'investigation clinique ne révèle pas de signes neurovégétatifs ou somatiques d'un syndrome anxieux manifeste. Absence de troubles du sommeil. Absence de cauchemars ou de manifestations de dyssomnie ou d'autres perturbations du rythme circadien. Nous n'avons pas remarqué la présence de signes d'hyper-activation neurovégétative lors de l'entretien en lien avec le syndrome anxieux. Il n'y a pas d'autres signes de la lignée anxieuse, phobique ou obsessionnelle. Elle n'évoque pas la présence d'épisodes d'anxiété paroxystique. Elle se plaint de douleurs physiques (dorsalgies et algie nucale) ainsi que de douleurs oculaires (dans l'oeil gauche) que l'assurée attribue à une erreur médicale.

Il n'y a pas de trouble de la sphère instinctivo-affective des conduites alimentaires - de type anorexie ou de boulimie - mais il y a une diminution de la libido avec une perte d'intérêt pour la sexualité. À noter que la patiente est actuellement célibataire ; elle évoque quelques épisodes de vie de son couple qui ne perdurent que très peu, relations auxquelles l'assurée mettait fin à chaque infidélité de son compagnon.

Au sujet des conduites d'addiction, l'assurée fume à raison d'un paquet de cigarettes par jour. Elle nous décrit une consommation occasionnelle et modérée d'alcool. Au cours de l'entretien, nous n'avons pas pu mettre en évidence des signes ou des symptômes d'une dépendance aiguë ou chronique à l'alcool. L'assurée dit ne pas consommer d'autres substances psycho-actives que celles évoquées dans le présent rapport. Pas d'antécédents psychiatriques rapportés par l'expertisée pour un problème de santé mentale ou avoir séjourné en milieu psychiatrique.

Au sujet de son suivi médical, [l'assurée] a été vue quatre fois par une psychiatre, la Dresse F.\_\_\_\_\_. Elle n'a actuellement aucune prise en charge psychiatrique et n'en souhaite pas. Sur le plan somatique, l'assurée est suivie par le Dr H.\_\_\_\_\_.

Concernant l'organisation de ses journées, l'assurée dit en passer l'essentiel à la maison dans un relatif isolement social, sans connotations délirantes ou phobiques, mais plutôt dépressives. [...] »

Vu ces observations, l'expert psychiatre n'a retenu aucun diagnostic susceptible de se répercuter sur la capacité de travail, ni aucune limitation fonctionnelle du registre psychiatrique, précisant en outre ce qui suit :

« [...] Le diagnostic de dépression d'intensité légère est donc en accord avec la symptomatologie observée et le fonctionnement évoqué par [l'assurée].

En dépit d'un diagnostic de personnalité pathologique (paranoïaque) mentionné (cf. supra), il est important de souligner que [l'assurée] ne présente pas de traits de personnalité dysfonctionnels. Certes, au vu de l'atteinte somatique importante, en l'occurrence la diminution de l'acuité visuelle (quasi cécité) de l'oeil gauche, nous pourrions évoquer un remaniement dynamique de la personnalité avec des changements au niveau du registre intellectif, volitionnel, affectif et morphologique, remaniement qui exerce une certaine influence sur ses capacités de réactions comportementales et d'autres, face aux situations de la vie réelle. Tout cela coloré par des tendances de fond qui appartiennent à une structure tempéramentale, c.à.d. des traits constitutionnels et biotypologiques qui sont innés, caractéristiques à chaque individu, sans pour autant qu'ils soient pathologiques.

[...]

Dans le cas de l'expertisée, nous ne pouvons pas mettre en évidence l'existence d'une symptomatologie ou des modifications au registre intellectuel, affectif et conatif qui relèveraient d'un trouble délirant.

Nous n'observons pas d'aggravation significative de l'état clinique de l'assurée par rapport aux évaluations psychopathologiques antérieures, donc nous pouvons exclure un aspect évolutif, du moins jusqu'au moment de l'entretien d'expertise de sa problématique psychiatrique. »

Par avis du 11 janvier 2013, les Drs W.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_, médecins auprès du SMR, se sont ralliés aux conclusions communiquées par l'expertise psychiatrique du Dr G.\_\_\_\_\_, et rappelé l'absence d'incapacité de travail durable prononcé par les spécialistes en lien avec l'atteinte à la santé oculaire.

**C.** Partant, l'OAI a établi une décision le 30 janvier 2013, reprenant les termes de son projet du 3 janvier 2012, et nié à l'assurée tout droit à des prestations AI faute d'atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité.

**D.** Par acte de son mandataire du 28 février 2013, l'assurée a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, requérant préalablement la production de son dossier AI et l'octroi d'un délai pour compléter son écriture. Rappelant sur le fond la teneur de l'appréciation globale de son cas par son médecin traitant, le Dr H.\_\_\_\_\_, elle a souligné l'incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée attestée par ce dernier, ainsi que les limitations fonctionnelles

entraînées par ses importantes algies oculaires, de même que d'autres atteintes à la santé physique évoquées au dos et à la nuque, à son sens ignorées de l'OAI. Elle a mis en exergue les diagnostics psychiques graves retenus par la Dresse F.\_\_\_\_\_, considérant que l'opinion contradictoire de l'expert psychiatre mandaté par l'OAI se trouvait sujette à caution. Elle a en conséquence conclu à l'annulation de la décision du 30 janvier 2013, sous suite de reconnaissance d'un droit aux prestations AI après instruction complémentaire de son dossier, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour procéder à une telle instruction. Elle a enfin requis le bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite du fait de la précarité de son budget.

La recourante a été mise au bénéfice de cette assistance par décision du juge instructeur du 5 mars 2013, soit exonérée du paiement d'avances de frais et des frais judiciaires, sous réserve de remboursement.

Le 12 avril 2013, la recourante a déposé la motivation complémentaire à son recours, confirmant ses précédentes conclusions et réitérant que nombre de diagnostics envisagés in casu n'avaient pas été investigués. Elle a considéré que l'expertise psychiatrique réalisée par le Dr G.\_\_\_\_\_ ne pouvait se voir accorder quelque valeur probante, ce spécialiste n'explicitant pas clairement les raisons pour lesquelles il avait écarté les résultats du consilium de la Policlinique I.\_\_\_\_\_.

Elle a fait parvenir à la Cour de céans un nouveau rapport daté du 27 mars 2013, établi par les Drs X.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ de l'Hôpital R.\_\_\_\_\_, lesquels ont une nouvelle fois exposé les diagnostics retenus et souligné que leur patiente disposait d'une vision monoculaire de nature à diminuer sa capacité de travail et de rendement.

Dans sa réponse du 28 mai 2013, l'OAI a proposé le rejet du recours, annexant un avis du SMR du 3 mai 2013, où ce service a confirmé son appréciation du 11 janvier 2013 dans la mesure où l'ensemble des atteintes à la santé alléguées en l'espèce auraient été prises en compte.

La recourante a maintenu ses griefs et conclusions par réplique du 28 juin 2013, tandis que l'intimé a dupliqué le 31 juillet 2013, réitérant ses conclusions et produisant un avis SMR des Drs W.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_, daté du 30 juillet 2013. Ces médecins y relèvent derechef la prise en compte de l'intégralité des atteintes somatiques et psychiatriques avancées en l'espèce, tout en se ralliant aux conclusions de l'expertise du Dr G.\_\_\_\_\_.

Par acte du 18 septembre 2013, la recourante a rappelé la jurisprudence pertinente en matière d'appréciation médicale, considérant en particulier que les conclusions du Dr G.\_\_\_\_\_ se trouvaient trop peu étayées pour écarter les explications fouillées de la Dresse F.\_\_\_\_\_. Rappelant ses problèmes oculaires et physiques, elle a fait valoir la nécessité de procéder à une expertise pluridisciplinaire. Elle a en outre produit deux nouvelles pièces, soit des rapports médicaux respectivement établis par le Dr H.\_\_\_\_\_ en date du 16 août 2013 et par le Dr E.\_\_\_\_\_, médecin-adjoint au Service d'anesthésiologie et antalgie du Centre hospitalier I.\_\_\_\_\_, en date du 27 août 2013. Il en ressort deux diagnostics précédemment non évoqués, à savoir une allergie au gluten et une cervicalgie gauche, ces praticiens soulignant tout particulièrement la symptomatologie douloureuse importante au niveau oculaire.

L'intimé a fait part de sa détermination eu égard à ces documents, se ralliant à un avis du SMR du 15 octobre 2013, où les Drs W.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_ ont conclu à l'absence d'éléments éventuellement ignorés dans l'appréciation de la capacité de travail de la recourante.

Cette dernière a maintenu ses précédentes conclusions dans une écriture du 18 novembre 2013.

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

### **1.**

1.1 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.

1.2 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 al. 1 let. a LPA-VD).

1.3 Interjeté en temps utile devant le tribunal compétent et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA et 79 LPA-VD), le recours déposé le 28 février 2013 contre la décision de l'OAI du 30 janvier 2013 est recevable.

**2.** Sont litigieuses l'appréciation médicale de la capacité de travail de la recourante, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, et l'absence d'invalidité retenue par l'intimé dans son cas, ainsi que la nécessité éventuelle d'entreprendre une instruction complémentaire de sa situation.

2.1 Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

L'art. 8 LAI prévoit que les assurés invalides ou menacés d'une invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir les travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de

50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière. L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

2.2 Pour pouvoir calculer le taux d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) se base sur les documents que les médecins - d'autres spécialistes le cas échéant - 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 peuvent encore raisonnablement être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF [Tribunal fédéral] 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et les références).

Le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci (art. 61 let. c LPGA). Dans le domaine médical, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant 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 plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a). L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme expertise, mais son contenu (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V

351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c). A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, afin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450, consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

Un rapport médical qui émane d'un service médical régional a valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence sur le contenu des rapports médicaux rappelés ci-dessus (ATF 135 V 254 consid. 3.3.2 ; TF 9C\_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1 ; TF 9C\_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.2 ; TFA I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3).

Quant aux rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, ils doivent être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient, en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

2.3 Du point de vue psychiatrique, l'intimé s'est fondé essentiellement sur le rapport d'expertise du Dr G.\_\_\_\_\_, établi le 5 décembre 2012, pour légitimer la décision entreprise, non sans s'être au préalable procuré le consilium du 28 mars 2012 émanant de la Policlinique I.\_\_\_\_\_.

L'on constate, à l'instar de la recourante, que les spécialistes divergent quant aux diagnostics retenus in casu, puisque les Dresse F.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ ont envisagé un « trouble de la personnalité, type paranoïaque » ou un « trouble délirant, type somatique », mentionnant ces atteintes comme alternativement probables, alors que le Dr G.\_\_\_\_\_ ne fait état d'aucune pathologie psychique substantielle, à l'exception d'un « épisode dépressif léger ».

Cela étant, tant ce dernier que les psychiatres de la Polyclinique I.\_\_\_\_\_ ne préconisent aucune incapacité de travail de ce registre, les Dresses F.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ ayant au demeurant expressément souligné l'atténuation des symptômes allégués par l'assurée suite à sa participation à quatre entretiens spécialisés. L'on relèvera par ailleurs que cette dernière n'a de son propre chef pas souhaité poursuivre une prise en charge psychiatrique au terme de ces quatre consultations et qu'elle n'avance du reste pas devoir recourir à un tel soutien dans ses écritures à l'attention de la Cour de céans.

S'agissant spécifiquement de la teneur du rapport du Dr G.\_\_\_\_\_, il apparaît que ce document a été établi en toute connaissance de cause, ce spécialiste s'étant entretenu avec l'assurée et ayant disposé de l'ensemble des pièces de son dossier, y inclus le consilium psychiatrique du 28 mars 2012. A l'issue d'une anamnèse complète et sur la base des plaintes de l'assurée, le spécialiste mandaté par l'intimé a dûment discuté les diagnostics évoqués par ses consoeurs après avoir exposé par le détail ses propres observations cliniques, parvenant sur ces bases à des conclusions parfaitement cohérentes et convaincantes. Dès lors, contrairement à ce que soutient la recourante, l'on se doit de considérer que l'expertise du Dr G.\_\_\_\_\_ remplit les réquisits jurisprudentiels rappelés supra pour se voir reconnaître pleine valeur probante.

L'assurée n'a au demeurant produit aucune pièce médicale au stade de la présente procédure qui serait de nature à remettre en question les conclusions du Dr G.\_\_\_\_\_ ou laisserait suspecter des

problématiques psychiques non investiguées. L'on ne peut du reste que réitérer le constat de l'absence de tout suivi psychiatrique sollicité par la recourante et relever que les rapports subséquents des Drs H.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_, dont la psychiatrie n'est cependant pas la spécialité, ne relatent aucune incapacité de travail du point de vue psychique.

2.4           Eu égard aux atteintes à la santé somatiques énoncées dans le cas de la recourante, force est de constater qu'aucun des médecins consultés par l'assurée n'a préconisé d'arrêt de travail durable dans ce contexte.

En particulier, l'aspect ophtalmique n'a impliqué qu'une incapacité de travail de courte durée, soit du 3 au 18 juin 2010, des suites de l'opération réalisée par l'Hôpital R.\_\_\_\_\_ en date du 3 juin 2010. A cet égard, les divers rapports de cet hôpital - dont celui du 27 mars 2013 - se bornent à mentionner des restrictions pour les activités requérant une vision stéréoscopique, ainsi qu'en termes de rendement, sans toutefois prononcer quelconque arrêt de travail, ce qui rejoint d'ailleurs l'appréciation des médecins du SMR.

Il convient en outre de souligner que la problématique oculaire dont se prévaut la recourante remonte à l'enfance, sans avoir constitué une entrave à l'exercice d'une activité lucrative par le passé et sans qu'une aggravation de sa situation ophtalmique ait sérieusement été objectivée jusqu'à la date de la décision querellée. La recourante a en effet été parfaitement en mesure d'exercer des activités de femme de chambre et de lingère dès son arrivée en Suisse et du reste de reprendre une activité similaire dès le 15 juin 2012, à savoir une activité de repasseuse à 50% selon le contrat de travail conclu à cette même date avec N.\_\_\_\_\_ SA, lequel a été produit au stade de la présente procédure.

Dès lors, il apparaît manifestement que la situation médicale du ressort ophtalmique n'a pas connu une évolution susceptible de justifier une restriction de la capacité de travail de l'assurée. L'on ne voit

d'ailleurs aucune raison médicale qui imposerait le maintien d'un taux d'activité restreint à 50% dans l'activité lucrative habituelle, telle que celle de repasseuse reprise à temps partiel depuis juin 2012.

2.5 Relativement aux nualgies, dorsalgies et cervicalgies alléguées par la recourante, au demeurant peu étayées en l'absence de toute incapacité de travail médicalement attestée dans ce contexte, l'on ne saurait faire grief à l'intimé de n'avoir pas investigué spécifiquement ces aspects, étant donné que l'assurée ne s'en est prévaluée que par devant la Cour de céans et que les rapports établis notamment par le Dr H.\_\_\_\_\_ n'en font pas état ou seulement dans une mesure sans incidence en termes de capacité de travail.

L'on rappellera sur cette question que le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été prise, les faits survenus postérieurement et qui ont modifié la situation devant faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. ATF 131 V 242 consid. 1 p. 243 ; TF 9C\_1078/2009 du 12 juillet 2010 consid. 2.1).

2.6 En définitive, force est de se rallier à l'appréciation globale du SMR en l'espèce, faute d'incapacité de travail durable, attestée médicalement, répondant à la définition contenue à l'art. 6 LPGA.

Vu ce qui précède, l'on ne saurait faire grief à l'OAI d'avoir conclu à l'absence d'atteinte à la santé ayant valeur de maladie au sens entendu par l'art. 8 LPGA.

### **3.**

3.1 Si l'administration ou le juge, 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 ; cf. ATF 131 I 153 consid. 3 ; ATF 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; cf. ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V consid 157 consid. 1d ; TF 9C\_272/2011 consid. 3.1).

3.2            Considérant les avis médicaux réunis par l'administration et les pièces médicales produites auprès de la Cour de céans, l'on ne voit pas que la recourante se trouve sérieusement empêchée d'exercer son activité lucrative habituelle à plein temps du fait d'atteintes à la santé physiques ou psychiques. Comme exposé au considérant 2 supra, aucun des spécialistes consultés par l'assurée n'a à ce jour prononcé d'incapacité de travail durable pour des motifs objectifs. Seul son médecin traitant, le Dr H.\_\_\_\_\_, a attesté d'un arrêt total de travail dès le 17 octobre 2011, ramené à 50% dès le 9 janvier 2012. Ce dernier a justifié cette incapacité pour des motifs ophtalmiques, se trouvant contredit à cet égard par les spécialistes de l'Hôpital R.\_\_\_\_\_, lesquels n'ont pris en compte qu'un arrêt de travail limité du 3 au 18 juin 2010.

3.3            Partant, une instruction complémentaire sur le plan médical, soit la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique ou d'une expertise pluridisciplinaire, telle que requise par la recourante, apparaît d'emblée manifestement superflue.

**4.**            Le recours se révèle donc entièrement mal fondé et doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise.

**5.**

5.1            En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; 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). In casu, au vu de la nature et de la complexité du litige, les frais judiciaires à charge de la recourante sont arrêtés à 400 fr.

5.2 La recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire. A ce titre, elle a été exonérée du paiement d'avances ainsi que du versement des frais judiciaires, si bien que ceux-ci sont supportés par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Cela étant, 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).

5.3 Vu l'issue du recours, il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision de l'OAI du 30 janvier 2013 est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement mis à la charge de l'État.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- 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 mis provisoirement à la charge de l'État.

Le président :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié par l'envoi de photocopies à :

- PROCAP Suisse, Me Caroline Ledermann, à Bienne (pour K. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales à Berne.

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 :