

## VD\_GERICHTE ZD16.002395 vom 5. Oktober 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-10-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD16.002395](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD16.002395)

FR: VD\_GERICHTE ZD16.002395 du 5 octobre 2016

IT: VD\_GERICHTE ZD16.002395 del 5 ottobre 2016

### Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 10/16 - 262/2016 ZD16.002395 CO UR DE S  
ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 octobre 2016 \_\_\_\_\_ Composition : Mme THALMANN, présidente M. Neu et Mme Pasche, juges Greffier : M. Grob \*\*\*\*\* Cause pendante entre : D. \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Johanna Trümpy, avocate à Lausanne, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 6, 7, 8 al. 1, 16 et 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 87 al. 1 RAI 402

- 2 - E n f a i t : A. D. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1968, ressortissante italienne au bénéfice d'un permis C, ayant notamment travaillé comme caissière, a déposé une demande de prestations le 7 avril 2004 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant avoir été opérée deux fois d'une hernie discale. Un mandat d'expertise a été confié par l'OAI au Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI). Dans ce cadre, l'assurée a subi un examen clinique et rhumatologique le 19 juin 2006 ainsi qu'un examen psychologique le 27 juillet 2006. Dans leur rapport y relatif du 19 septembre 2006, dont les conclusions ont été discutées dans le cadre d'un colloque de synthèse multidisciplinaire en présence d'un psychiatre, les Drs [...], spécialiste en médecine interne générale, et [...], spécialiste en rhumatologie, ont posé le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, de lombalgies chroniques, failed back syndrome avec status après deux opérations successives d'hémi-laminectomie pour cure de hernie discale lombaire, en janvier et avril 2003. Aucun diagnostic n'a été retenu sur le plan psychiatrique, étant précisé qu'un niveau d'efficience intellectuelle à la limite inférieure du fonctionnement intellectuel limite (QI [quotient intellectuel] total de 76) a été objectivé. Il a également été mis en évidence le contexte de vie difficile de l'intéressée avec un premier divorce suivi d'un deuxième mariage avec un homme violent dont elle venait de se séparer après avoir déposé plainte contre lui. En substance, ces experts ont exposé que le travail de caissière n'était plus adapté et que l'assurée présentait une capacité de travail de 70% dans une activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de position statique prolongée assise ou debout, pas de position penchée ou en porte-à-faux, pas de travail en hauteur ou en déséquilibre, pas de mouvements contraignants en flexion ou en torsion du tronc, pas de déplacements courbés ou de travail au sol, pas de port de charges de plus de 7 kg ou 5 kg en cas d'efforts répétitifs et pas de travaux lourds. Ils ont

- 3 - également ajouté qu'il fallait éviter les nuisances comme les poussières en raison d'une rhinite allergique ainsi que d'un asthme bronchique et que l'intéressée avait un niveau intellectuel à la limite inférieure. Pour améliorer la capacité de travail, ils ont préconisé des thérapies physiques intensives d'une durée de 3 à 4 semaines. Dans un rapport du 20

novembre 2006, la Dresse [...], spécialiste en chirurgie de la main et en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a retenu comme atteinte principale à la santé des « lombalgies chroniques, failed back syndrome avec status après 2 opérations successives d'hémilaminectomie pour cure de hernie discale lombaire ». Elle a conclu à une incapacité de travail totale de l'assurée dans son activité habituelle de caissière depuis juin 2002 et à une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : « pas de position statique prolongée debout ni assise, mais alternance, pas de porte-à-faux, de mouvements répétés de torsion ni flexion, pas de port de charges >7kg (répété >5kg), pas de poussières, capacité d'apprendre limitée ». Elle a par ailleurs précisé que l'aptitude à la réadaptation débuterait après une physiothérapie intensive de 3-4 semaines. Du 29 mai au 15 juin 2007, l'assurée a bénéficié d'une prise en charge intensive et multidisciplinaire dans le cadre de l'Unité du Rachis et Réhabilitation de l'Hôpital [...]. Aux termes de la lettre de sortie du 2 juillet 2007 de cet établissement, ce traitement a été un échec total et l'évolution est restée défavorable. L'OAI a dès lors demandé la mise en œuvre d'un examen clinique rhumatologique au SMR afin de redéfinir les limitations fonctionnelles et la capacité de travail de l'assurée, lequel s'est déroulé le 22 avril 2009. Dans son rapport y relatif du 29 avril 2009, le Dr [...], spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie au SMR, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de lombosciatalgies droites chroniques persistantes et cervicoscapulalgies

- 4 - droites intermittentes dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec status après cure de hernies discales L4-L5 et L5-S1 droites en avril 2003 (failed back syndrome). Il a exposé que l'intéressée lui avait précisé lors de l'examen que durant les deux dernières années de son activité professionnelle auprès de son dernier employeur, elle travaillait comme facturiste dans des bureaux et non plus comme caissière (ce changement de poste n'ayant pas été motivé par les problèmes de santé). Il a indiqué que cette nouvelle activité habituelle tenait bien compte des limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire et a ainsi conclu à une capacité de travail de 70% depuis le 3 juin 2002 tant dans l'activité habituelle de facturiste que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : nécessité de pouvoir alterner 2 fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc et pas d'exposition à des vibrations. Par décision du 27 mai 2009, confirmant intégralement un projet du 18 octobre 2007, l'OAI a refusé d'octroyer une rente d'invalidité en faveur de l'assurée, selon la motivation suivante : « Résultat de nos constatations : Après examen de votre dossier et suite à l'analyse médicale et économique de votre situation, nous constatons que vous avez cessé votre activité professionnelle de caissière à [...] le 3 juin 2002 en raison de vos lombalgies. Afin de déterminer la capacité de travail encore exigible dans votre activité habituelle de caissière et dans une activité adaptée à votre état de santé, le Service médical régional AI (SMR) a estimé qu'une expertise au COMAI (Centre d'observation médicale à (sic) de l'AI à la Polyclinique médicale universitaire, à Lausanne) était indispensable. Vous avez subi un examen clinique et rhumatologique le 19 juin 2006. Vous avez été examinée par un psychiatre le 17 juillet 2006 et vous avez subi un examen psychologique le 27 juillet 2006. Il ressort de cette expertise du 19 septembre 2006 que votre capacité de travail comme caissière était effectivement nulle dès le 3 juin 2002. En revanche, dans une activité adaptée à votre état de santé (pas de position statique prolongée debout ni assise, mais alternance,

pas de porte-à-faux, de mouvements répétés de torsion

- 5 - ni flexion, par de port de charges de plus de 7 kg. (si répété moins de 5 kg.), pas de poussières avec une capacité d'apprendre limitée), la capacité de travail est exigible à 70 % dès le mois de juin 2002 après une physiothérapie intensive de 3-4 semaines. Nous tenons à préciser que l'expertise du COMAI se base sur des examens complets, prend en compte les plaintes exprimées et décrit clairement le contexte médical. Ses conclusions sont claires, exemptes de contradictions et dûment motivées. Cette expertise a dès lors pleine valeur probante. Afin de vous aider à retrouver une activité adaptée à son (sic) état de santé, nous avons mandaté notre Service de réadaptation professionnelle. Au cours d'un entretien, le 5 mars 2007, vous avez précisé suivre un traitement de physiothérapie (2 x par semaine) depuis le mois d'octobre 2006 et que vous devez effectuer prochainement trois semaines de traitement dans le service de physiothérapie de l'Hôpital [...]. Bien que volontaire pour cette prise en charge médicale, vous la percevez comme inutile et vous n'envisagez en aucun cas être soulagée de vos douleurs et encore moi[n]s que ce traitement vous permette de reprendre une activité professionnelle. Vous indiquez clairement que vous n'êtes pas et que vous ne serez pas en mesure de vous réinsérer sur le marché du travail. Compte tenu de votre position, des mesures de réadaptation professionnelle ne sont pas envisageables. Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas – comme c'est votre cas – repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale. En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2002, CHF 3'820.- par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2002, TA1; niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2002 (41,7 heures ; La Vie économique, 10-2006, p.90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 3'982.35 (CHF 3'820.- x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 47'788.20. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2002 à 2003 (+ 1,4 % ; La Vie économique, 10-2006, p.91, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 48'457.23 à 100 % et Fr. 33'920.06 à 70 % (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

- 6 - Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc). Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé est justifié. Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 30'528.06 (dans une activité industrielle légère, petit montage-assemblage, surveillance d'un processus de production, conditionnement léger). Sans atteinte à la santé, vous auriez poursuivi votre activité de caissière et votre revenu annuel atteindrait Fr.

43'329.-. En comparant ce revenu avec celui que vous pourriez obtenir dans une activité adaptée à votre état de santé à 70 % (Fr. 30'528.-, nous constatons que votre préjudice économique atteint 30 % selon le calcul suivant : Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible : sans invalidité CHF 43'329.- avec invalidité CHF 30'528.- La perte de gain s'élève à CHF 12'801.- = un degré d'invalidité de 29,54 % Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité. En outre, nous vous rappelons qu'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, "fût-ce au prix d'efforts même importants". 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 (sic) égard à cette activité, même s'il ne l'exerce pas; procéder autrement reviendrait à assurer la simple perte de gain, quelle qu'en soit la cause (commodité personnelle, raisons familiales, conjoncture économique, voir le manque de bonne volonté) (RCC 1978, 65; 1970, 162). Notre décision est par conséquent la suivante : La demande est rejetée. ».

- 7 - B. Le 2 septembre 2010, l'assurée a déposé une deuxième demande de prestations auprès de l'OAI, indiquant souffrir d'une atteinte psychologique. Dans un rapport du 17 octobre 2010 à l'OAI, le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale traitant l'assurée depuis le 8 octobre 1985, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de lombosciatalgies L5 droites chroniques depuis mai 2002, de canal lombaire étroit L4-S1 depuis 2003, de status après hémilaminectomie L4- L5 et L5-S1 et discectomie aux deux étages (janvier 2003) puis seconde hémilaminectomie pour récurrence de hernie discale (avril 2003), de failed back surgery syndrom dès 2003 ainsi que de troubles psychiques avec état de stress, trouble de la personnalité non spécifié et limitations intellectuelles (QI total de 76) depuis 2009. Il a émis un pronostic très réservé dans la mesure où l'état douloureux chronicisé, la personnalité de l'intéressée à l'intelligence limitée et le contexte psycho-social insoluble affectaient définitivement le fonctionnement professionnel et malheureusement social de sa patiente. Il a attesté une incapacité de travail totale depuis le 6 juin 2002 dans la dernière activité de vendeuse, précisant qu'aucune activité n'était possible, que les restrictions à une activité lucrative ne pouvaient pas être réduites par des mesures médicales et que l'on ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle respectivement à une amélioration de la capacité de travail. Ce praticien a indiqué que l'appréciation de l'OAI concernant une activité exigible moyennant diverses limitations était irréaliste, relevant que l'assurée, aux possibilités et ressources intellectuelles et économiques très limitées et incapable d'affronter judiciairement les violences, les menaces et le harcèlement d'un mari brutal, était inapte à un travail rémunéré. Dans un rapport du 3 décembre 2010, les Drs G. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_, tous deux spécialistes en psychiatrie et psychothérapie à la Consultation de [...] de la Policlinique du Département de psychiatrie du Centre hospitalier W. \_\_\_\_\_, ont diagnostiqué chez l'assurée, avec effet sur sa capacité de travail, un trouble de la personnalité évitante depuis

- 8 - l'adolescence, un trouble panique avec agoraphobie depuis 2009 et un fonctionnement intellectuel limité (QI de 76). Ils ont exposé que l'intéressée était suivie à leur Consultation depuis octobre 2009 car elle avait développé une symptomatologie anxiodépressive suite à la séparation définitive d'avec son mari. Ils ont émis un pronostic réservé en raison du trouble de la personnalité évitante, de la chronicité du tableau clinique et du faible niveau

des ressources intellectuelles. S'agissant des restrictions, ces praticiens ont relevé que le trouble de la personnalité évitante provoquait des difficultés relationnelles avec des conduites d'évitement et un sentiment d'insuffisance invalidants, que les restrictions psychiques étaient en lien avec l'anxiété – soit une tension intérieure et des sentiments d'hostilité qui rendaient difficile le rapport à autrui, des troubles neurovégétatifs fréquents qui obligeaient d'interrompre toute activité ainsi que des douleurs invalidantes – et que le fonctionnement intellectuel limite provoquait des difficultés de compréhension de l'environnement, la patiente décrivant également des difficultés de concentration. Ils ont en outre indiqué que ces limitations se manifestaient par des difficultés relationnelles en lien avec une agressivité, une compréhension limitée et un sentiment d'insuffisance, par des erreurs en lien avec des difficultés de concentration et par un absentéisme dû aux troubles anxieux. Dans l'annexe à leur rapport, les Drs G. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_ ont exposé, quant aux limitations fonctionnelles, que l'assurée ressentait des difficultés relationnelles avec des sentiments d'être jugée et d'insuffisance ainsi que des réponses par une colère disproportionnée aux provocations, qu'elle faisait preuve d'hostilité ou d'agressivité car elle répondait de manière disproportionnée aux provocations et qu'elle présentait des difficultés dans les déplacements ainsi qu'une hypersensibilité au stress en raison du trouble de la personnalité évitante et du trouble anxieux. Ils ont indiqué que les capacités d'orientation dans le temps, l'espace ou par rapport à soi-même, mnésiques et d'organisation/planification n'étaient pas limitées, au contraire des capacités de concentration/attention en raison du trouble anxieux, de compréhension en raison de l'intelligence limite inférieure et d'adaptation au changement en raison du trouble de la personnalité ainsi que du trouble anxieux. Ces praticiens ont exposé que des activités en contact

- 9 - avec la clientèle ou exigeant de fréquents contacts interpersonnels n'étaient pas possibles en raison du sentiment d'insuffisance, de la tension intérieure, de la difficulté de compréhension et de l'hostilité, de même que celles exigeant de l'endurance et celles exigeant de la précision en raison de la difficulté de concentration, que celles impliquant du stress en raison de l'anxiété, que celles exigeant de la rapidité en raison de l'anxiété et de l'intelligence limite inférieure, que celles exigeant une adaptation permanente en raison du trouble de la personnalité évitante, de l'anxiété et de l'intelligence limite inférieure et que celles impliquant des tâches complexes en raison de l'anxiété et de l'intelligence limite inférieure. Ils en ont conclu qu'une activité à plein temps n'était plus possible. Le 12 avril 2011, les Drs V. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et R. \_\_\_\_\_ ont répondu comme suit aux questions qui leur ont été posées par l'OAI : « Sachant que le fonctionnement intellectuel limite existe depuis toujours, que le trouble de la personnalité existe depuis l'entrée dans l'âge adulte, que ces troubles n'ont pas empêché l'assurée d'occuper des activités simples jusqu'en 2002 (serveuse, nettoyeuse, caissière, employée de bureau, facturiste) : 1. Quelle est la capacité de travail actuelle en % pour raisons psychiatriques dans des activités analogues ? Mme D. \_\_\_\_\_ a cessé toute activité professionnelle en juin 2002 pour des raisons somatiques. Son médecin généraliste effectue les arrêts de travail. Au niveau psychiatrique, nous constatons qu'actuellement, la patiente souffre d'une anxiété importante (le score à l'Echelle brève d'anxiété s'élevant à 21/60). Mme D. \_\_\_\_\_ décrit des angoisses importantes dans les lieux publics, des attaques de panique et indique ne prendre les transports qu'en dehors des heures de pointe. La limitation intellectuelle, la capacité d'introspection limitée, le trouble anxieux ainsi que les douleurs chroniques, l'invalident dans sa vie de tous les jours. La question de l'évaluation de la

capacité de travail passe par la prise en compte de ces différents aspects (anxiété, limitation intellectuelle) et de la problématique somatique. Cette question pourrait faire l'objet d'une nouvelle expertise multidisciplinaire. Nous évoquons toutefois une incapacité de travail à 100% actuelle.

- 10 - 2. Depuis quand il y a t'il (sic) une incapacité de travail supérieure à 20% pour raisons psychiatriques ? Lors d'une expertise multidisciplinaire en 2006, il n'a pas été noté de diagnostic psychiatrique constitué. Il a cependant été souligné la nécessité de prendre en considération le contexte de vie difficile de la patiente, ses ressources intrinsèques limitées et son fonctionnement intellectuel limite, ainsi qu'une intégration sociale et des conditions économiques non favorables. Nous constatons que la symptomatologie anxieuse et évitante qui actuellement est au-devant du tableau clinique ne l'était pas en 2006. La Dresse R. \_\_\_\_\_ suit la patiente depuis le 1er avril 2010 et le Dr V. \_\_\_\_\_ depuis le 1er avril 2011. Nous constatons que cette symptomatologie est présente depuis le 1er avril 2010 et pouvons attester d'une incapacité de travail à 100% depuis le 1er avril 2010 en raison d'un trouble anxieux associé à une problématique douloureuse, dans un contexte d'intelligence limite. Nous constatons que la symptomatologie psychiatrique de la patiente précède cette date. En effet, elle a été adressée en 2009 au Centre de Consultation psychiatrique de la Consultation de [...] par son médecin généraliste. Les diagnostics étaient un état de stress aigu, un trouble de la personnalité non spécifié, un trouble douloureux chronique et un fonctionnement intellectuel limite ont été alors retenus. 3. Les crises de panique survenant 2-3 fois par semaine, une incapacité de travail totale dans toute activité est-elle justifiée ? 4. Si oui, pourquoi ? Les crises de panique s'accompagnent d'une importante anxiété anticipatoire et de conduites d'évitement sévères, la patiente évitant ainsi les transports en commun, et ayant ainsi de la difficulté à se rendre aux rendez-vous que nous lui fixons. L'exercice professionnel nous paraît donc actuellement difficile à mettre en œuvre. 5. Si non, quelle est la capacité de travail résiduelle en % ? Réponse à la question 3. 6. Quelles sont les limitations fonctionnelles psychiatriques objectives ? Nous constatons durant les entretiens que la patiente présente des difficultés à comprendre nos questions, qu'elle nous demande de reformuler. De plus, elle semble fréquemment ne pas comprendre nos remarques. Mme D. \_\_\_\_\_ se présente souvent dans un état d'anxiété important. Nous constatons que la patiente a des difficultés à se présenter de manière régulière aux rendez-vous que nous lui fixons chaque trois semaines. En effet, elle nous demande de manière

- 11 - répétée de reporter un rendez-vous en raison de douleurs ou de ses angoisses. ». Le Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie au SMR, a rédigé un avis le 10 mai 2011, dans lequel il estimait qu'une expertise externe, ou un examen psychiatrique au SMR, était indiqué. L'assurée a été examinée le 18 juillet 2011 par le Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport d'expertise médicale du 26 août 2011, ce praticien, après avoir résumé les pièces médicales du dossier, relaté l'anamnèse et décrit les plaintes de l'intéressée, n'a retenu aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail au plan psychique et a posé le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de trouble anxieux, sans précision, existant depuis 2009. Il a notamment exposé ce qui suit : « VI Synthèse et Discussion Rappel de l'histoire médicale : Mme D. \_\_\_\_\_ est une assurée d'origine italienne, née en Suisse, âgée de 42 ans, divorcée et séparée de son deuxième mari. Elle est mère d'un enfant majeur et indépendant. Après une formation de secrétaire d'une année, elle se marie et reste à la maison pour s'occuper du ménage et de son enfant. À l'âge

de 25 ans, elle commence un premier travail dans une entreprise de nettoyages, suivi par un engagement dans le service à la cafétéria de La Police de sûreté à [...]. Puis elle travaille comme caissière à [...], activité qu'elle poursuit pendant plusieurs années à plein temps, avant de travailler comme aide de bureau pour le même employeur. Elle arrête cette activité à cause de l'aggravation de lombosciatalgies avec une incapacité totale de travail attestée par son médecin traitant, le Dr C.\_\_\_\_\_, à partir de juin 2002. Depuis, elle n'a plus repris d'activité professionnelle. Après l'échec de plusieurs interventions thérapeutiques concernant ses lombosciatalgies, elle dépose une première demande AI. Dans le contexte d'une expertise pluridisciplinaire avec un examen psychiatrique du 17.07.2006, on ne retient pas de diagnostic psychiatrique ayant valeur de maladie. Suite aux recommandations des experts, Mme D.\_\_\_\_\_ bénéficie d'une prise en charge intensive et multidisciplinaire à l'Unité du rachis et réhabilitation de l'Hôpital [...] de mai à juin 2007. Lors de ce séjour, la Dresse [...] décrit une patiente réfugiée derrière ses douleurs qui se voit et se présente comme une invalide en montrant peu d'intérêt et en mettant toujours ses douleurs en avant. Le 22.04.2009, Mme D.\_\_\_\_\_ est examinée par le Dr [...], médecine interne et

- 12 - rhumatologie FMH du SMR de l'Office AI, qui retient une capacité de travail de 70%. Après avoir interrompu un premier traitement psychothérapeutique au bout de 3 séances en 2008, Mme D.\_\_\_\_\_ bénéficie d'une évaluation psychiatrique à la Consultation de [...] de juillet à septembre 2009. Suite à cette évaluation, le Dr [...] retient les diagnostics d'un état de stress aigu, d'un trouble de la personnalité non-spécifiée (traits dépendants, masochiques et infantiles), d'un trouble douloureux chronique ainsi que d'un fonctionnement intellectuel limite. En octobre 2009, Mme D.\_\_\_\_\_ commence un traitement à la même consultation où l'on atteste une incapacité de travail à 100% sur la base des aspects psychologiques ainsi que de la problématique somatique. Dans son rapport médical du 03.12.2010, la Dresse R.\_\_\_\_\_ retient les diagnostics d'un trouble de la personnalité évitante, d'un trouble panique avec agoraphobie ainsi que d'un fonctionnement intellectuel limite comme ayant des répercussions sur la capacité de travail. L'Office AI ne se voit cependant pas en mesure de statuer sur la base d'une appréciation mêlant les atteintes somatiques, psychiques et des facteurs n'ayant pas valeur de maladie, raison pour laquelle la présente expertise psychiatrique est demandée. Situation actuelle : Mon examen clinique psychiatrique n'a pas montré de décompensation psychotique, ni d'anxiété généralisée. En l'absence d'une plainte principale concernant des douleurs corporelles, il n'y a pas de signe suffisant permettant de retenir le diagnostic d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. À l'examen psychiatrique actuel, Mme D.\_\_\_\_\_ ne présente pas d'abaissement manifeste de l'humeur, mais se montre souriante à plusieurs reprises et décrit de manière authentique son intérêt pour certains films, la mode ainsi que le plaisir de s'occuper de ses animaux. En plus, elle prend visiblement soin de son apparence (maquillée, cheveux teints, etc.) et participe activement à l'examen pendant 3 heures, sans signe de fatigue ou de manque d'énergie. Ces éléments objectivables contraste[nt] avec sa description subjective d'une humeur « plutôt triste », d'un manque d'envie de sortir ou de rire ainsi que d'une fatigue, et ne sont pas compatibles avec le diagnostic d'un épisode dépressif selon la CIM-10. Cependant, Mme D.\_\_\_\_\_ frappe par des plaintes subjectives qui restent incohérentes avec les éléments objectivables de l'examen psychiatrique actuel. Elle fait des déclarations contradictoires (décrit d'abord son plaisir de regarder des dessins animés avant de déplorer la perte de sa capacité à rire etc.). C'est ainsi qu'elle doit se corriger à plusieurs reprises, par exemple lorsqu'elle parle d'une copine lui faisant les ongles et répond de manière évasive à toute question concernant sa vie sociale en

se réfugiant derrière l'affirmation de ne plus avoir d'intérêt sauf pour ses animaux, ce qui contraste pourtant avec sa présentation à l'examen ainsi qu'avec ses propres déclarations. En même temps, elle met en avant des plaintes concernant des angoisses s'accompagnant d'un sentiment de nœud dans la poitrine,

- 13 - des problèmes de respiration, des pleurs soudains ainsi que des mains mouillées. Elle met ces symptômes en lien avec des souvenirs concernant le vécu avec son mari violent. Dans ce contexte, elle décrit des objets associés à ses souvenirs de violences et pouvant déclencher ces moments d'angoisse. Cette description potentiellement compatible avec le diagnostic d'un état de stress post-traumatique, contraste pourtant avec la présentation de Mme D. \_\_\_\_\_ à l'examen. Elle décrit ainsi ces symptômes avec distance et sans signe de tension ou d'un trouble neurovégétatif. Selon ses propres dires, ces souvenirs concernant la violence de son ex-mari restent occasionnels (environ 3 à 4 fois par semaine, des cauchemars quant à son mari à environ 10 reprises au total) sans élément en faveur d'un événement traumatique constamment remémoré ou revécu. Elle se plaint surtout de cauchemars non- spécifiques par exemple concernant des scorpions ou serpents, qui ne sont pas en lien avec l'événement traumatique vécu. En l'absence d'une hyperactivité neurovégétative, d'une hypervigilance ou d'une restriction des affects, les symptômes décrits par Mme D. \_\_\_\_\_ restent en conséquence insuffisants pour retenir la persistance d'un état de stress post-traumatique. Concernant les moments d'angoisse survenant à raison de 3 à 4 fois par semaine, Mme D. \_\_\_\_\_ ne décrit pas de survenue brutale d'un sentiment de panique ni d'une peur secondaire de mourir ou de perdre le contrôle comme demandé pour le diagnostic d'un trouble panique. En parallèle, elle ne présente pas d'évitement complet d'une situation phobogène comme des foules, des endroits publics, des voyages ou des déplacements sans accompagnement. Au contraire, elle se déplace régulièrement en transports publics, se rend seule dans des centres commerciaux et promène régulièrement ses chiens, seule dans la forêt pendant 1 heure la nuit, ce qui n'est pas compatible avec le diagnostic d'une agoraphobie. Néanmoins, elle se plaint de symptômes anxieux nécessitant la prise régulière de Temesta® et de Saroten®. Les résultats du monitoring médicamenteux montrent cependant l'absence de toute prise de Saroten® depuis au moins 4 jours ainsi qu'un taux relativement faible de Temesta® au vu de la posologie prescrite laissant planer des doutes quant aux déclarations subjectives de Mme D. \_\_\_\_\_. En conséquence, les éléments objectivables en faveur de symptômes anxieux restent relativement discrets et ne permettent pas de retenir un trouble anxieux spécifique. Anamnestiquement, la survenue de ces symptômes s'inscrit dans un contexte de violences conjugales, hypothéquées par d'importants problèmes financiers. L'état de Mme D. \_\_\_\_\_ peut ainsi avoir répondu transitoirement au diagnostic d'un trouble de l'adaptation avec une réaction mixte anxieuse et dépressive. Un tel trouble ne peut cependant pas être retenu au-delà de 6 mois. Afin de tenir compte de la description de symptômes anxieux persistants notamment dans le cadre des menaces de son mari, j'ai en conséquence retenu le diagnostic d'un trouble anxieux sans précision. Ce trouble anxieux de Mme D. \_\_\_\_\_ reste cependant léger, ne l'empêche pas à (sic) mener une vie indépendante.

- 14 - Les plaintes subjectives décrites par Mme D. \_\_\_\_\_ s'inscrivent dans le contexte d'une structure de personnalité marquée par des traits passifs et évitants. Cette structure de personnalité se trouve à l'origine d'une tendance à maintenir des relations avec des partenaires violents et abusifs. Néanmoins, elle a été capable de faire appel à une aide

extérieure, d'engager une procédure juridique contre son mari et de vivre de manière séparée de lui depuis maintenant 2 ans. Anamnestiquement, elle décrit également une relation sentimentale harmonieuse pendant plusieurs années. En parallèle, elle s'est intégrée de manière stable dans la vie professionnelle malgré une formation professionnelle ainsi que des capacités intellectuelles limitées. En conséquence, elle ne présente pas de déviation extrême ou significative des perceptions, des pensées, des sensations et particulièrement des relations avec autrui apparaissant au cours du développement dans l'enfance ou l'adolescence comme demandée pour le diagnostic d'un trouble de la personnalité. Au vu de ces éléments anamnestiques, il n'est pas justifié de retenir le diagnostic d'un trouble de la personnalité sur la seule base d'une interview semi structurée, notamment en présence d'un trouble anxieux qui interfère avec le résultat d'un tel examen comme en témoigne le rapport médical du 03.12.2010 de la Dresse R.\_\_\_\_\_. En résumé, les éléments objectivables de l'anamnèse ainsi que l'examen psychiatrique actuel ne permettent pas de retenir le diagnostic d'un trouble anxieux dépassant le degré de sévérité d'un trouble anxieux non-spécifique. L'effort à surmonter les symptômes dus à son trouble anxieux afin de reprendre une activité professionnelle, reste raisonnablement exigible. Le refus de Mme D.\_\_\_\_\_ de reprendre une activité professionnelle se présente cependant dans le contexte d'un déconditionnement au travail, depuis plusieurs années, chez une expertisée ayant adopté un rôle d'invalidé. Dans le cadre de ce rôle d'invalidé, Mme D.\_\_\_\_\_ se présente peu encline à reprendre une activité professionnelle en mettant en avant la description subjective de divers symptômes, d'abord physiques (observations lors du séjour de réhabilitation au Centre hospitalier W.\_\_\_\_\_ en 2007) puis psychiques depuis le début de son suivi à la Consultation de [...]. La description subjective de symptômes psychiques reste cependant incohérente avec les divers éléments de l'anamnèse ainsi que de l'examen psychiatrique de Mme D.\_\_\_\_\_ qui continue à mener une vie active et indépendante. Influences sur la capacité de travail 1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés En l'absence d'une maladie psychiatrique incapacitante, il n'y a pas de limitations psychiques, mentales ou sociales justifiant une incapacité de travail durable. 2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici 2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

- 15 - En l'absence d'une maladie psychiatrique incapacitante, il n'y a pas d'influence d'un trouble psychique sur l'activité exercée jusqu'ici. 2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail. 100% au plan psychique. 2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ? Oui à 100% au plan psychique. 2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ? Non au plan psychique. 2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ? En l'absence d'une maladie psychiatrique incapacitante, il n'y a pas d'incapacité de travail au plan psychique. 2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? Sans objet au plan psychique. 3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré(e) est-il (elle) capable de s'adapter à son environnement professionnel ? Oui. Influences sur la réadaptation professionnelle 1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? Sans objet au plan psychique en l'absence d'une maladie psychiatrique incapacitante. Comme décrit ci-dessus, Mme D.\_\_\_\_\_ s'est cependant installée dans un rôle d'invalidé, mettant en avant la description subjective de divers symptômes qui présentent des incohérences importantes avec les éléments objectivables de son anamnèse ainsi que de l'examen psychiatrique actuel. Dans ce contexte, le succès de toute mesure de réadaptation professionnelle paraît très peu probable. 2. Peut-on améliorer la capacité de

travail au poste occupé jusqu'à présent ? 2.1 Si oui, par quelles mesures ? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)

- 16 - Sans objet en l'absence d'une maladie psychiatrique incapacitante. 2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ? Sans objet. 3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré(e) ? 3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et [de] quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une activité ? En l'absence d'une maladie psychiatrique incapacitante, la capacité de travail exigible de Mme D. \_\_\_\_\_ est entière dans toute activité respectant des limitations fonctionnelles somatiques. 3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour) ? A 100% au plan psychique. 3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ? Non au plan psychique. 3.4 Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons ? Sans objet au plan psychique. ». Dans un avis du 6 septembre 2011, le Dr Q. \_\_\_\_\_ du SMR a exposé ce qui suit : « L'expertise du Dr N. \_\_\_\_\_ répond aux critères permettant de lui accorder un caractère probant. Elle conclut à l'absence de maladie psychiatrique incapacitante. L'assurée présente un trouble anxieux depuis 2009, sans incidence sur la capacité de travail. La position du Dr G. \_\_\_\_\_ ne peut ainsi pas être suivie. Comme nous l'avons déjà précisé, le fonctionnement intellectuel limite existe depuis toujours et n'a pas empêché l'assuré[e] de terminer sa scolarité, de suivre une école de secrétariat et de travailler jusqu'en 2003. Le trouble de la personnalité est réfuté de manière convaincante par l'expert qui démontre qu'il n'y a pas de déviation extrême ou significative des perceptions, des pensées, des sensations et particulièrement des relations avec autrui apparaissant au cours du développement dans l'adolescence. Les symptômes anxieux restent discrets ; ils sont survenus dans le contexte de violences conjugales et entrent dans le cadre d'un

- 17 - trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive, ne justifiant pas une incapacité de travail de longue durée. Il est également démontré que l'assurée n'est pas observante au traitement anti-dépresseur et antalgique. Ce dernier point tend à prouver que les douleurs véritablement ressenties ne sont pas aussi importantes que les douleurs verbalisées. Au terme de son travail, l'expert conclut à une pleine capacité de travail du point de vue psychiatrique. Il souligne que l'assurée s'est installée dans un rôle d'invalides, et que les chances de succès de mesures professionnelles sont réduites. Nous n'avons pas de raison de nous écarter de ces conclusions. ». Selon un projet de décision du 10 novembre 2011, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui refuser l'octroi d'une rente et de mesures professionnelles. Le 17 novembre 2011, l'assurée a présenté des objections audit projet de décision, alléguant qu'elle n'était pas apte à travailler en raison de ses problèmes de dos. Elle a notamment indiqué être suivie par un psychiatre depuis 2009, prendre chaque jour des antidépresseurs et avoir des angoisses. L'OAI a répondu à l'assurée le 25 novembre 2011 qu'il lui appartenait de fournir les éléments médicaux utiles. Par décision du 20 janvier 2012 confirmant intégralement son projet du 10 novembre 2011, l'OAI a refusé d'octroyer une rente et des mesures professionnelles en faveur de l'assurée, selon la motivation suivante : « Résultat de nos constatations : Le 7 avril 2004, vous aviez déposé une première demande de prestations AI. Votre atteinte à la santé était d'ordre somatique. Par décision du 27 mai 2009, le droit à la rente AI vous a été refusé au motif que votre degré d'invalidité était inférieur à 40%. De plus, vous n'avez pas souhaité entreprendre des mesures d'ordre professionnel. Vous avez déposé une seconde demande de prestations AI le 3 septembre 2010 pour une atteinte d'ordre psychiatrique cette fois.

- 18 - Après examen de votre dossier par le Service Médical Régional, force est de constater que vous ne présentez pas d'atteinte incapacitante du point de vue psychiatrique, au sens de la Loi sur l'Assurance-Invalidité. En l'absence d'éléments nouveaux relatifs à votre précédente atteinte, nous considérons qu'il n'y a aucun changement. Votre préjudice économique de 29.54% reste donc inchangé. Votre degré d'invalidité étant toujours inférieur à 40%, le droit à la rente n'est pas ouvert. Si vous souhaitez que nous examinions à nouveau votre droit aux mesures professionnelles, nous vous serions reconnaissants de bien vouloir nous en informer, par écrit dans les 30 jours. Sans nouvelles de votre part à l'échéance, nous considérerons que vous ne souhaitez effectuer aucune démarche de ce type. Nous vous rappelons par ailleurs qu'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. Notre décision est par conséquent la suivante : La demande est rejetée. ». Par courrier du 20 mars 2012, l'assurée a informé l'OAI qu'elle maintenait son « recours », confirmant être dans l'impossibilité de travailler. Cette écriture a été transmise le 27 mars 2012 par l'OAI à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal comme objet de sa compétence. Par arrêt du 22 janvier 2013, la Cour de céans a déclaré irrecevable l'écriture du 20 mars 2012 de l'assurée. C. Le 23 avril 2013, l'assurée a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI, indiquant souffrir d'une atteinte psychiatrique depuis 2003. En annexe à ce document, figurait notamment un certificat médical établi le 26 mars 2013 par le Dr C.\_\_\_\_\_, faisant état d'une incapacité de travail de « longue durée » depuis le 2 juin 2002 en raison d'une maladie. Dans un rapport du 11 juillet 2013, les Drs L.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistant

- 19 - au Département de psychiatrie du Centre hospitalier W.\_\_\_\_\_, ont fait part à l'OAI de ce qui suit : « Mme D.\_\_\_\_\_ est suivie à notre Consultation de [...] depuis 2009 et par moi-même depuis le 1er juin 2013. Mme D.\_\_\_\_\_ souffre d'un état de stress post-traumatique, d'un fonctionnement intellectuel limite, ainsi que d'un trouble panique l'handicapant énormément dans sa vie quotidienne. Son état clinique a été relativement stable jusqu'en octobre 2012 où la patiente fait un tentamen médicamenteux lors d'une crise d'angoisse aiguë, qui a nécessité une hospitalisation au Centre hospitalier W.\_\_\_\_\_. Depuis ces derniers mois, la patiente présente une augmentation importante de ses angoisses et de ses attaques de panique dans les lieux publics. La patiente décrit également des troubles du sommeil importants péjorés par de nombreux flash-back et des cauchemars récurrents. Les troubles psychiques et le fonctionnement intellectuel limite présentés par la patiente l'invalident dans sa vie de tous les jours. En fonction de ces éléments, nous estimons que l'incapacité de travail actuelle de Mme D.\_\_\_\_\_ est de 100 %. Dans le contexte de la péjoration de son état clinique depuis octobre 2012, la révision de la rente AI reste pertinente. ». Selon un avis du 31 octobre 2013, le Dr Q.\_\_\_\_\_ du SMR, après avoir pris connaissance du rapport précité, a préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique de l'assurée. Par communication du 29 novembre 2013, l'OAI a signifié à l'assurée qu'une expertise médicale psychiatrique était nécessaire et lui a soumis les questions qui seraient posées à l'expert. L'assurée a été examinée les 25 juin et 10 octobre 2014 par les Drs S.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, respectivement médecin interne et médecin adjoint au Département de santé mentale et de psychiatrie des Hôpitaux T.\_\_\_\_\_. Dans leur rapport d'expertise du 31 octobre 2014, ces praticiens ont exposé ce qui suit après avoir relaté l'anamnèse et les plaintes de l'intéressée : « 3. Status clinique L'expertisée s'est présentée seule et ponctuelle à nos

rendez-vous. Elle est venue à l'aide de transports en commun (train) et de taxis. Son hygiène était correcte. Le premier contact était bon, sans

- 20 - méfiance ni rejet. Elle était souriante et parfaitement collaborante. Elle était orientée dans tous les modes, sans troubles de la vigilance, sans signes d'intoxication à des substances psychoactives. L'attention et la concentration étaient conservées durant la totalité de l'entretien, il n'y a pas eu de troubles de la mémoire objectivés à l'exception d'une difficulté à se rappeler précisément des dates. L'activité psychomotrice était dans la norme. Sur le plan anxieux, nous observons la présence de légères manifestations neurovégétatives telles qu'un discret tremblement fin et une tendance à rougir. La présence de sourires maintenus et de rires immotivés pouvait traduire un certain degré de nervosité. L'expertisée a affirmé être tendue au début des deux entretiens mais est parvenue à s'apaiser les deux fois au cours de la discussion. Elle n'a pas fait preuve d'irritabilité ou d'hypervigilance. La thymie était neutre, avec des affects congruents et mobiles. Nous avons noté l'absence d'une anhédonie mais la présence d'une aboulie. Nous n'avons pas observé de sentiment de désespoir ou d'avenir bouché. L'estime de soi était conservée. Mme D. \_\_\_\_\_ a rapporté une perte de la libido depuis la séparation avec son deuxième mari. Elle a également expliqué que le sommeil pouvait être perturbé par des cauchemars ou des réveils en sursaut liés aux bruits autour d'elle. L'appétit était conservé. Elle a nié la présence d'idées suicidaires ou de comportements auto-agressifs récents. Le discours était légèrement accéléré mais clair, cohérent et informatif, il n'y avait pas de relâchement des associations. Nous n'avons observé aucun élément floride de la lignée psychotique. Après 90 minutes d'entretien lors de la première rencontre et 60 minutes lors de la deuxième, nous n'avons pas objectivé de signes de fatigue. 4. Diagnostics (si possible selon classification ICD 10) 4.1 Diagnostic[s] ayant une répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents ? ■ F43.1 État de stress post-traumatique chronique. Depuis 2003. 4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents ? ■ F17.25 Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de tabac : Syndrome de dépendance, utilisation continue. Depuis l'âge de 13 ans. 5. Appréciation du cas et pronostic L'anamnèse psychiatrique révèle que la symptomatologie présentée par l'expertisée est étroitement liée à son vécu traumatique. Bien qu'elle ait subi plusieurs événements traumatiques au court (sic) de sa vie, tels que la tentative d'attouchement dans son enfance ou encore l'infidélité objectivée de son premier mari, c'est la relation traumatique avec son second mari qui semble être à l'origine du développement d'une symptomatologie psychiatrique. En effet, l'expertisée rapporte une souffrance psychique qui débute en 2003, en réaction au conflit avec ce mari violent. Elle affirme vivre déjà à

- 21 - cette époque dans la peur continuelle d'être blessée ou tuée. Nous notons que l'opération de la hernie discale et la rencontre avec le deuxième mari datent de 2001. Hors (sic) depuis cette année, l'expertisée n'a jamais repris d'activité professionnelle. Pourtant jusqu'en 2001, elle est parvenue à travailler de façon stable dans des domaines exigeant de bonnes compétences sociales. Au fur et à mesure de la dégradation de la relation, l'expertisée subit une recrudescence exponentielle de la violence de son mari, avec notamment l'apparition de violences physiques et de menaces de mort, conduisant à l'installation progressive d'une difficulté dans la gestion des émotions (colère, anxiété). La perte du contrôle des émotions est elle-même à l'origine de difficultés d'adaptation nouvelles et d'un évitement des situations sociales. Comme mentionné précédemment, l'angoisse ressentie au milieu de la foule est générée par la crainte que son deuxième mari

puisse s'y trouver également. Cette crainte induit la fuite de la situation. Des moments d'angoisses similaires sont rencontrés lorsque Mme D. \_\_\_\_\_ est exposée à la vue d'objets ou à l'audition de bruits lui rappelant les épisodes de violences subits (sic). De plus, elle rapporte des réveils en sursaut durant la nuit avec la crainte que son ex-mari entre chez elle ainsi que des cauchemars dans lesquels elle revit en détail certaines des violences subies par le passé. Nous retrouvons donc une hypervigilance, une hyperréactivité, la reviviscence à répétition de moments traumatiques du passé et un évitement des situations générant des angoisses similaires à celles vécues à l'époque de la relation traumatique, permettant ainsi d'identifier le diagnostic de PTSD [posttraumatic stress disorder ; état de stress post- traumatique] chronique. L'impact du PTSD semble être notable depuis 2003, année marquée par l'apparition d'une réelle souffrance psychique. Une nette péjoration semble survenir entre 2006 et 2009, années marquées par les tentatives multiples de séparation et la recrudescence des violences physiques et des menaces de mort. Par la suite et jusqu'à aujourd'hui, la persistance de la symptomatologie liée au PTSD (trouble de la gestion des émotions, évitement des situations sociales, difficultés d'adaptation) va empêcher toute tentative de reprise d'une activité professionnelle. Le fondement de cette expertise psychiatrique résidait dans la nécessité de préciser le trouble panique (fréquence et intensité des attaques, situations favorisant, etc.) et de déterminer la date de début de la potentielle incapacité. L'expertisée rapporte la survenue dans certaines situations de palpitations, de sudations, d'une dyspnée et l'impression de se sentir perdue, « comme dans un vide », qui appartiennent tous aux critères d'une attaque de panique. En revanche, nous ne retrouvons pas clairement dans la description de l'expertisée la survenue brutale de ces symptômes. De plus, ils surviennent dans des situations précises et ne peuvent pas être considérés comme inattendus ou imprévisibles, ce qui va l'encontre du diagnostic de trouble panique. Nous ne retrouvons pas non plus de crainte persistante d'avoir d'autres attaques de panique ni de préoccupations à propos des implications possibles de ces attaques (telles qu'une perte de contrôle, la peur de devenir folle ou de mourir). Mme D. \_\_\_\_\_ ne présente pas d'évitement total de la foule ou des lieux publics puisqu'elle fait elle-même ses courses en grande surface et qu'elle parvient également à prendre les transports publics. Elle peut également sortir plusieurs fois par jour dans des lieux ouverts comme la forêt ou la ville de nuit pour

- 22 - promener ses chiens. Nous ne retrouvons donc pas les critères pour une agoraphobie, cependant un retrait social par évitement massif des situations d'interaction interpersonnelle est retrouvé à l'anamnèse. Dans le discours de l'expertisée, nous n'identifions pas de soucis excessifs ni d'attente avec appréhension qui parleraient en faveur d'une anxiété généralisée. Nous ne retrouvons pas non plus d'évitement complet d'une situation phobogène qui parlerait pour une phobie spécifique, de craintes excessives liées à la santé en faveur d'une hypochondrie, ou encore d'éléments d'obsessions ou de compulsions pour un trouble obsessionnel-compulsif. La survenue de deux épisodes auto-agressifs au cours des deux dernières années, pour la première fois dans la vie de l'expertisée, témoigne d'une souffrance s'exprimant sous forme de crises en réponse à des difficultés sociales et aux séquelles psychiques laissées par la vie de couple de Mme D. \_\_\_\_\_. En dehors de ces périodes de crise, elle affirme avoir du plaisir à s'occuper de ses chiens et ne rapporte pas de tristesse envahissant son quotidien. De plus, elle semble garder l'envie de prendre soin d'elle comme en témoigne son apparence soignée (teinture, bijoux, vernis). Elle nie toute idée suicidaire ou auto-agressive récente. Elle se montre souriante lors des entretiens, bien que tendue, et parvient à rester parfaitement concentrée pendant toute leur durée. Nous ne

retenons pas de diagnostic de la catégorie des troubles de l'humeur. Nous ne retenons aucun élément en faveur d'un trouble psychotique. Mme D. \_\_\_\_\_ a pu s'intégrer de manière stable et fonctionnelle dans la vie professionnelle par le passé. De même, elle a su s'entourer d'aides extérieures à plusieurs reprises pour initier des procédures juridiques qu'elle jugeait nécessaire pour protéger son intégrité. Enfin, elle décrit la relation avec son premier mari comme une relation harmonieuse durant plusieurs années. Elle ne présente donc pas de déviation extrême ou significative des perceptions, des pensées, des sensations et particulièrement des relations avec autrui apparaissant au cours du développement dans l'enfance ou l'adolescence comme demandé pour le diagnostic d'un trouble de la personnalité. Le refus de Mme D. \_\_\_\_\_ de reprendre une activité professionnelle, même à faible pourcentage, découle du handicap généré par la symptomatologie du PTSD chronique. L'expertisée peut imaginer être à nouveau en capacité de travailler à l'avenir si cette symptomatologie pouvait être efficacement traitée.

**B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL**

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés L'incapacité de travail est actuellement de 100% en raison de l'existence d'un PTSD chronique.

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

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ? Absence d'activité professionnelle depuis 2001, date de l'opération de la hernie discale. Depuis 2003, existence d'une

- 23 - souffrance psychique en lien avec l'installation d'un PTSD chronique. Ce dernier s'exprime par un trouble de la gestion des émotions s'accompagnant d'un évitement des situations sociales et d'un trouble de l'adaptation, entravant la reprise d'une activité professionnelle.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail Incapacité actuelle de 100% en raison de la symptomatologie floride du PTSD chronique.

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

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ? Incapacité de 100%.

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ? Depuis 2003 du point de vue psychiatrique.

2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? Evolution défavorable de 2003 jusqu'à aujourd'hui.

3. En raison de ses troubles psychiques, l'expertisé/e est-il capable de s'adapter à son environnement professionnel ? Elle est incapable de s'adapter à la reprise d'une activité professionnelle au vu de l'état actuel de la symptomatologie psychiatrique.

**C. INFLUENCE SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE**

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? Oui.

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ? La capacité de travail était de 100% jusqu'en 2001. L'incapacité de travail est de 100% actuellement. Il serait possible de retrouver une capacité de travail inférieure à 100% dans un premier temps, voire de 100% au long terme.

2.1 Si oui par quelles mesures ? Avec une prise en charge efficace du PTSD chronique par une psychothérapie à long-terme par un même thérapeute, axée sur le vécu traumatique et la gestion des émotions en lien avec ce vécu et une adaptation du traitement médicamenteux.

- 24 -

2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ? Elle pourrait permettre la récupération d'une capacité de travail au-delà de 40%.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'expertisé/e ? Aucune actuellement.

3.1 Si oui à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ? ---

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée ? ---

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

mesure ? --- 3.4 Depuis quand l'exercice d'une activité adaptée est-il exigible ? --- 3.5 Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons ? L'incapacité actuelle est de 100% en raison de la symptomatologie floride du PTSD chronique. Cet état peut cependant évoluer favorablement en fonction de l'efficacité de la prise en charge psychiatrique. Remarques et/ou autres questions --- ». Le 11 décembre 2014, la Dresse F. \_\_\_\_\_ du SMR a rédigé un avis en ces termes : « Assurée de 46 ans, d'origine italienne, divorcée, sans enfants, sans formation, sans activité habituelle depuis 2003, en IT [incapacité de travail] de 100% depuis une date pas précisée, en raison d'une problématique psychiatrique (Rapport médical de la Dresse M. \_\_\_\_\_, psychiatre, du 11.07.2013). Pour rappel, la première demande de 2004 déposée pour [des] lombalgies chroniques après cure d'hernie discale lombaire n'ouvrait pas le droit aux prestations de l'AI (degré invalidité 29,54%) sur la base du Rapport d'examen SMR du 20.11.2006 (CT [capacité de travail] de 0% dans l'activité habituelle de caissière, CT de 70% dans une activité adaptée), lui-même appuyé sur l'expertise COMAI du 19.09.2006. Mme D. \_\_\_\_\_ avait ensuite refusé des mesures d'intégration professionnelle.

- 25 - La deuxième demande du (sic) 2010, déposée pour des raisons psychiatriques, dans un contexte juridique complexe, n'octroyait pas de prestations de l'AI en s'appuyant sur l'Avis SMR du 06.09.2011, lui-même basé sur l'expertise psychiatrique externe du Dr N. \_\_\_\_\_ du (sic) aout 2011 (CT pleine du point de vue psychiatrique). Cette troisième demande déposée 3 mois après le jugement de la CASSO, est appuyée sur le rapport médical de la Dresse M. \_\_\_\_\_, psychiatre du Centre hospitalier W. \_\_\_\_\_, du 11.07.2013, qui mentionne un état de stress post-traumatique, un fonctionnement intellectuel limité et un trouble panique handicapant; elle atteste une IT de 100%, en raison d'une péjoration de l'état clinique depuis octobre 2012 (tentamen médicamenteux). Afin de déterminer les diagnostics selon la CIM-10 et l'exigibilité, une expertise psychiatrique a été demandée dans l'Avis SMR du 31.10.2013 et réalisée par le Dr S. \_\_\_\_\_ et la Dresse E. \_\_\_\_\_ (superviseure). Dans le rapport d'expertise du 31.10.2014, l'expert retient le diagnostic incapacitant d'état de stress post-traumatique chronique depuis 2003, les diagnostics non incapacitants de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de tabac, syndrome de dépendance, utilisation continue (F17.25), depuis l'âge de 13 ans. Les diagnostics de trouble panique, agoraphobie, anxiété généralisée et phobie spécifique sont écartés, le (sic) même pour les troubles de l'humeur, les troubles de la personnalité et la ligne psychotique (page[s] 11-13). Il atteste une IT de 100% dans toute activité depuis 2003 en raison de la symptomatologie floride de l'état de stress post-traumatique. Il estime que la récupération d'une CT au-delà de 40% (voire de 100% au long terme, page 14) est envisagée à condition d'une prise en charge efficace au plan psychothérapeutique et médicamenteux. Discussion Nous avons discuté le dossier de Mme D. \_\_\_\_\_ en permanence psychiatrique SMR avec le Dr [...], psychiatre FMH. Après la décision OAI du 20.01.2012 basée sur l'expertise du Dr N. \_\_\_\_\_ de l'aout (sic) 2011 et entrée en force après jugement de la CASSO du 22.01.2013, une nouvelle demande a été déposée en raison d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée (état de stress post-traumatique, un fonctionnement intellectuel limité et un trouble panique handicapant, Rapport médical de la Dresse M. \_\_\_\_\_, psychiatre traitant, du 11.07.2013). Or, le diagnostic d'état de stress post-traumatique (ESPT) était déjà discuté et écarté lors de l'expertise de 2011 avec une discussion précise et détaillée de 5 critères diagnostiques selon la CIM 10 (absence d'un trouble neurovégétatif, d'une hyper vigilance et de cauchemars spécifiques. Les plaint[e]s subjectives restaient toujours incohérentes avec les éléments

objectivables dans l'examen psychiatrique, page[s] 14-15). Dans la nouvelle expertise de 2014 tous les critères de définition d'ESPT semblent remplis (page 11), mais on retrouve plusieurs incohérences. En effet, le status clinique décrit par l'expert de l'Hôpitaux T. \_\_\_\_\_ à [la] page 10 est dans la norme: «ponctualité, pas de méfiance, attention et concentration conservées, pas d'irritabilité et hyper

- 26 - vigilance, pas d'idées de désespoir, pas d'idées suicidaires et de comportement auto-agressifs, pas d'éléments de la ligne psychotique... exempt une certaine nervosité et légères manifestations neurovégétatives. Le discours est accéléré mais clair». De plus, ce status clinique est très succinct par rapport à la partie consacrée à l'anamnèse et plaintes de l'assurée et l'expert ne discute pas les points litigieux par rapport à la dernière expertise et qui lui font retenir l'ESPT. Nous ne pouvons non plus retenir le diagnostic de «trouble panic»; il a été écarté dans l'expertise du Hôpitaux T. \_\_\_\_\_ à [la] page 4 et dans cela (sic) du Dr N. \_\_\_\_\_ à [la] page 15 (Mme D. \_\_\_\_\_ sort pour promener le chien jusqu'à 5 fois/jour 15 min-1h, elle fait les courses à pied et prend les transports en commun). Le fonctionnement intellectuel limite n'a pas empêché l'assurée de suivre une scolarité normale, d'obtenir un CFC [Certificat fédéral de capacité] et de travailler plusieurs années (Cf. Avis SMR du 31.10.2013). Conclusion Pour les raisons expliquées plus haut, en particulier la présence d'incohérences manifestes entre le status clinique et l'appréciation du cas (page[s] 10 et 11) et l'absence de positionnement par rapport aux points litigieux, nous ne retenons pas une valeur probante suffisante de la dernière expertise d'octobre 2014; nous ne pouvons, donc, pas adhérer aux conclusions du Dr. S. \_\_\_\_\_ et nous retenons toujours valables celles retenues jusqu'à présent. ». Dans un avis du 6 août 2015, la Dresse F. \_\_\_\_\_ du SMR a indiqué ce qui suit : « Afin de répondre aux questions du mandat, nous faisons référence au Rapport d'Examen SMR du 20.11.2006 qui, sur la base de l'expertise COMAI du 19.09.2006, retenait une CT de 0% dans l'activité habituelle de caissière depuis juin 2002 et une CT de 70% dans une activité adaptée après une physiothérapie intensive de 3-4 semaines en raison de lombalgies chroniques suite à deux interventions de cure d'hernie discale lombaire, et à l'Avis SMR du 07.05.2009, qui, sur la base de l'Examen clinique rhumatologique SMR du 29.04.2009, concluait à une CT de 70% dans toute activité dès juin 2002. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de position statique prolongée debout ni assise, mais alternance, pas de porte- à-faux, pas de mouvements répétées de torsion ni flexion, pas de port de charges de plus de 7kg (répété de plus de 5kg), pas d'exposition à des vibrations, pas de poussières, capacité d'apprendre limitée. La décision OAI du 27.05.2009 est entrée en force sans contestation. Lors de la 2ème demande, déposée pour des raisons psychiatriques, l'Avis SMR du 06.09.2011, appuyé sur l'expertise psychiatrique du Dr

- 27 - N. \_\_\_\_\_ du 26.08.2011, attestait une CT pleine du point de vue psychiatrique. Lors de la 3ème demande, déposée elle-même pour des raisons psychiatriques, une deuxième expertise psychiatrique a été demandée. Sur la base des éléments décrits dans l'Avis SMR du 11.12.2014, en particulier au vu de la présence d'incohérences manifestes entre le diagnostic, le status clinique et l'appréciation du cas, et de l'absence de positionnement par rapport aux points litigieux, nous n'avons pas retenu une valeur probante suffisante pour admettre une IT totale dans toute activité depuis 2003; ceci après discussion du dossier en permanence psychiatrique SMR. Par conséquent, nous avons considérées (sic) comme valables les conclusions de l'expertise psychiatrique du Dr N. \_\_\_\_\_ du 26.08.2011. Nous avons aussi discuté le dossier de Mme D. \_\_\_\_\_ en

permanence juridique, qui nous donne son aval. Conclusions : - CT dans l'activité habituelle de facturiste à [...] = 70% - CT dans une activité adaptée = 70% - Les limitations fonctionnelles ont été énumérées en haut. - Début aptitude à la réadaptation = juin 2002 ». Selon un projet de décision du 14 août 2015, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui refuser l'octroi de prestations, selon la motivation suivante : « Résultat de nos constatations : Les demandes précédentes, relatives au même objet, ont été rejetées, toutefois nous avons réexaminé votre éventuel droit à des prestations AI. Une expertise a notamment été organisée : elle ne permet pas de mettre en évidence d'élément médical objectif rendant plausible une aggravation de votre état de santé psychique, tout au plus une appréciation différente d'une même situation par rapport à l'examen de 2011. Sur le plan somatique, vos limitations fonctionnelles sont déjà connues ainsi que la restriction de votre capacité de travail dans toute activité. Nous ne pouvons donc que constater une situation identique à celle qui prévalait lors des précédentes instructions : votre capacité de travail est de 70 % dans toute activité adaptée. Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne toujours pas droit à une rente d'invalidité. Par ailleurs, si en théorie le droit à l'examen des mesures professionnelles est potentiellement ouvert, vous n'avez pas envisagé d'en bénéficier ni de réintégrer le monde du travail.

- 28 - Cela étant, le droit aux prestations AI vous est nié. Notre décision est par conséquent la suivante : Votre nouvelle demande est rejetée. ». Le 22 août 2015, l'assurée a formulé des objections audit projet de décision, indiquant notamment être en incapacité de travail, avoir changé de psychiatre, faire toujours de la physiothérapie en raison de ses douleurs et poursuivre sa médication. Par courrier du 2 octobre 2015 de son conseil, l'assurée a complété ses objections, concluant, sous suite de frais et dépens, à ce qu'une rente entière d'invalidité lui soit octroyée avec effet au 2 juin 2002. Dans un avis du 13 octobre 2015, la Dresse F. \_\_\_\_\_ du SMR a exposé ce qui suit : « Voir Avis SMR du 11.12.2014 et du 06.08.2015 Nous rappelons qu'il s'agit d'une assurée italienne de 47 ans, sans formation, sans activité habituelle, au bénéfice des services sociaux depuis plusieurs années, qui dépose en avril 2013 une 3ème demande de prestation[s] pour une aggravation de son état clinique au plan psychiatrique depuis octobre 2012 (Rapport médical du Dr L. \_\_\_\_\_, psychiatre, du 11.07.2013). Dans le cadre de cette audition, l'assurée conteste le projet de décision de l'OAI du 14.08.2015 par le biais de son représentant légal. Nous disposons de l'attestation de la Dresse C. \_\_\_\_\_, médecine interne, du 03.03.2015 (GED 22.08.2015) qui retient une IT à 100% depuis le 02.06.2002, sans description du status clinique actuel. Dans le courrier du 02.10.2015 de Mme Trümper, avocats (sic), il ne figure pas de documents médicaux nouveaux qui nous permettent de modifier notre position. En effet, comme détaillé dans l'Avis SMR du 11.12.2014, les conclusions de l'expertise psychiatrique du 31.10.2014 des Hôpitaux T. \_\_\_\_\_ n'ont pas rempli les critères nécessaires pour lui confier une valeur probante suffisante à justifier médicalement une IT totale dans toute activité depuis 2003. Après discussion du dossier de Mme D. \_\_\_\_\_ en permanence psychiatrique SMR et en permanence juridique, nous avons considérées (sic) comme valables les conclusions de l'expertise psychiatrique du Dr N. \_\_\_\_\_ du 26.08.2011. Nous soulignons aussi que la décision OAI du 27.05.2009, lors de la 1ère demande, est entrée en force sans contestation. Le recours de

- 29 - l'assurée à la CASSO a été rejeté dans le jugement du 22.01.2013 et la décision rendue par l'OAI le 20.01.2012, lors de la 2ème demande, a été confirmée. ». Le 3 décembre 2015, l'OAI a répondu comme suit aux objections de l'assurée : « En date du 14

août 2015 nous vous avons présenté un projet de décision de refus de prestations au motif que votre état de santé ne s'est pas aggravé depuis la décision de refus de prestations du 20.01.2012. Vous avez contesté ce projet par courrier motivé du 2 octobre 2015 qui conclut à l'octroi d'une rente entière depuis 2002 sur la base de l'expertise psychiatrique des Hôpitaux T.\_\_\_\_\_ d'octobre 2014. Vous estimez que dans la mesure où cette expertise a été demandée par l'OAI, celui-ci n'a pas de raison de ne pas suivre les conclusions formulées par les Hôpitaux T.\_\_\_\_\_. Après examen de votre contestation, nous maintenons notre position. Pour rappel, l'expertise psychiatrique du Dr N.\_\_\_\_\_ d'août 2011 ne retient pas d'atteinte psychique invalidante. Le diagnostic d'état de stress post-traumatique a été discuté et écarté et le trouble anxieux non spécifique peut être surmonté en vue de la reprise d'une activité professionnelle. Ainsi, la décision du 20.01.2012, entrée en force, indique qu'il n'y a pas d'atteinte psychique invalidante et que la situation somatique n'a pas changé donc que votre préjudice économique de 29,54% reste inchangé (CT de 70% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques). Vous avez déposé une nouvelle demande le 23.04.2013 au motif qu'il y a aggravation de votre état de santé depuis octobre 2012 ; ceci selon le rapport médical du service de psychiatrie du Centre hospitalier W.\_\_\_\_\_ du 11.07.2013 qui indique un tentamen médicamenteux lors d'une crise d'angoisse aiguë. Le Centre hospitalier W.\_\_\_\_\_ indique que depuis ces derniers mois, vous présentez une augmentation importante de vos angoisses et de vos attaques de panique dans les lieux publics. Le SMR a décidé de la mise en place d'une expertise psychiatrique pour évaluer le trouble panique (fréquence et intensité, situations favorisantes...). Cette expertise a eu lieu aux Hôpitaux T.\_\_\_\_\_ qui a rendu son rapport en octobre 2014 et qui indique comme seul diagnostic un état de stress post-traumatique chronique depuis 2003 avec incapacité de travail totale dans toute activité depuis cette date. Le SMR estime que les conclusions de l'expertise des Hôpitaux T.\_\_\_\_\_ ne sont pas probantes quant à l'existence d'un état de

- 30 - stress post-traumatique chronique depuis 2003 et qu'il y lieu d'en rester aux conclusions de l'expertise du Dr N.\_\_\_\_\_ de 2011. Pour rappel, la nouvelle expertise avait pour but d'établir si votre état de santé s'est aggravé ou non depuis l'expertise de 2011. Or, l'expertise des Hôpitaux T.\_\_\_\_\_ indique qu'en dehors des deux épisodes auto-agressifs au cours des deux dernières années, vous n'avez pas rapporté de tristesse envahissant votre quotidien. Il n'y a pas d'anxiété généralisée, pas de phobie spécifique, pas de trouble panique, pas d'agoraphobie, pas de diagnostic de la catégorie des troubles de l'humeur, pas de trouble de la personnalité, pas de trouble psychotique. On peut donc valablement en conclure qu'il n'y a pas d'aggravation de votre état psychique depuis 2011. Quant à l'existence d'un état de stress post-traumatique, le SMR considère que l'expertise des Hôpitaux T.\_\_\_\_\_ n'est pas probante (incohérence manifeste entre le diagnostic, le status clinique et l'appréciation du cas). Par ailleurs les experts ne se positionnent pas par rapport à l'avis de l'expert de 2011 qui avait exclu la présence d'un état de stress post-traumatique. Indépendamment de cette dernière remarque, on peut valablement considérer que les Hôpitaux T.\_\_\_\_\_ font une autre appréciation d'une même situation, qui n'est pas convaincante, et qui de toute façon ne fait nullement apparaître la décision du 20.01.2012 comme manifestement erronée. Au vu de ce qui précède, vous recevrez en annexe une décision conforme à notre projet du 14 août 2015, contre laquelle il vous est possible de recourir ainsi qu'un projet de refus d'assistance juridique gratuite dont la demande a été formulée par votre représentant dans son courrier du 9 septembre 2015. ». Par décision du 7 décembre 2015, l'OAI a refusé d'octroyer des prestations en faveur de

l'assurée, confirmant intégralement son projet du 14 août 2015. Le 22 décembre 2015, l'assurée a requis de la Cour de céans que son avocate soit désignée en qualité de conseil d'office. D. Par acte du 18 janvier 2016, D.\_\_\_\_\_, représentée par Me Johanna Trümpy, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui est accordée « pour une durée indéterminée », subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. En substance, elle a

- 31 - soutenu que la décision entreprise se fondait sur un état de fait lacunaire en passant sous silence les rapports médicaux contredisant celui du Dr N.\_\_\_\_\_, que les Drs S.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_, dans leur rapport du 31 octobre 2014, concluaient à une incapacité de travail totale depuis 2003 du point de vue psychiatrique et que son état de santé s'était aggravé depuis 2006 et 2010. A titre de mesures d'instruction, elle a requis la mise en œuvre d'une contre-expertise tendant à évaluer sa pathologie psychiatrique et ses conséquences sur sa capacité de travail, ainsi que l'audition du Dr C.\_\_\_\_\_. Par décision du 20 janvier 2016, le juge instructeur a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire dans la mesure d'une exonération des frais judiciaires et des avances de ceux-ci ainsi que de l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Trümpy, avec effet au 22 décembre 2015. Dans sa réponse du 22 février 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de sa décision du 7 décembre 2015. Se fondant en particulier sur les avis du SMR des 6 août et 13 octobre 2015, il a considéré que la situation de la recourante ne s'était pas modifiée de façon significative depuis le 20 janvier 2012, date à laquelle avait été rendue la dernière décision, laquelle était entrée en force. Par réplique du 7 mars 2016, la recourante a indiqué que l'intimé se basait uniquement sur les rapports médicaux allant dans son sens en écartant, sans argumenter, les nombreux avis en faveur d'une invalidité. Dans sa duplique du 7 avril 2016, l'intimé a confirmé ses conclusions. E n d r o i t :

- 32 - 1. a) Sous réserve de dérogations expresses, 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 (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA). Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 18 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). b) En l'espèce, déposé en temps utile compte tenu des fêtes hivernales (art. 38 al. 4 let. c LPGA et 96 al. 1 let. c LPA-VD), auprès du tribunal compétent, selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable. 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises 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 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

- 33 - b) Le litige porte en l'occurrence sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'existence d'une aggravation de son état de santé depuis la décision du 20 janvier 2012 ayant une incidence sur son droit à une telle rente. 3. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail

- 34 - équilibré (art. 16 LPGA). Toutefois, lorsque l'assuré dispose encore d'une capacité de travail dans son activité habituelle, le taux d'invalidité est identique au taux de l'incapacité de travail (application de la méthode de la comparaison en pour cent ; TF 9C\_396/2009 du 12 février 2010 consid. 3.2 ; TF 9C\_947/2008 du 29 mai 2009 ; TF 8C\_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.5). 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 propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 ; ATF 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. La révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une

modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité (art. 87 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

- 35 - 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 ; ATF 113 V 273 consid. 1a ; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et ATF 112 V 387 consid. 1b). 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 citées). 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). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit – soit en l'espèce le 20 janvier 2012 –, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence citée ; TF 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1 et les références citées). 5. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. Le juge apprécie librement les preuves, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci (art. 61 let. c LPGA). Dans le domaine médical, le juge doit ainsi examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans

- 36 - apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt que sur une autre. De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne 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, 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 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). Un rapport médical qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, a valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence sur le contenu des rapports médicaux rappelées ci-dessus (TF

9C\_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2 ; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.5 ; TFA I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3). Selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). 6. a) En l'espèce, la décision rendue par l'intimé le 27 mai 2009 à la suite de la première demande de la recourante, concernant une atteinte somatique, retenait que l'intéressée, qui souffrait de lombalgies,

- 37 - présentait depuis juin 2002, d'une part, une incapacité de travail totale dans son activité habituelle de caissière et, d'autre part, une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques – soit « pas de position statique prolongée debout ni assise, mais alternance, pas de porte-à-faux, de mouvements répétés de torsion ni flexion, pas de port de charges de plus de 7 kg (si répété moins de 5 kg), pas de poussière avec une capacité d'apprendre limitée » – après une physiothérapie intensive de 3-4 semaines. Aucune atteinte psychiatrique n'avait été mise en évidence dans le cadre de l'instruction. À l'occasion de la décision rendue le 20 janvier 2012 à la suite de la deuxième demande de la recourante, concernant une atteinte psychologique, l'intéressée a été examinée sur ce plan par le Dr N. \_\_\_\_\_, qui, dans son rapport d'expertise du 26 août 2011, n'a pas retenu de diagnostic ayant une répercussion sur sa capacité de travail et a posé celui non-incapacitant de trouble anxieux sans précision existant depuis 2009. Cet expert a par ailleurs discuté de manière détaillée le diagnostic d'état de stress post-traumatique avant de l'exclure, considérant qu'en l'absence d'une hyperactivité neurovégétative, d'une hypervigilance ou d'une restriction des affects, les symptômes décrits restaient insuffisants pour retenir la persistance d'une telle affection. Il a en outre relevé que les plaintes subjectives de la recourante étaient incohérentes avec les éléments objectivables de son examen, précisant qu'elle décrivait ses angoisses avec distance et sans signe de tension ou d'un trouble neurovégétatif, que les souvenirs concernant la violence de son ex-mari restaient occasionnels (soit environ 3 à 4 fois par semaine ; des cauchemars quant à son ex-mari étant intervenus à environ 10 reprises au total) sans élément en faveur d'un événement traumatique constamment remémoré ou revécu et qu'elle se plaignait surtout de cauchemars non-spécifiques, par exemple concernant des scorpions ou des serpents, qui n'étaient pas en lien avec l'événement traumatique vécu. Le Dr N. \_\_\_\_\_ a également écarté les diagnostics de trouble panique et d'agoraphobie. Il a dès lors conclu à une pleine capacité de travail sur le plan psychique dans une activité respectant les limitations fonctionnelles somatiques qui demeuraient toujours valables.

- 38 - En ce qui concerne l'état de santé de la recourante lors de la décision litigieuse, les Drs L. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_, dans leur rapport du 11 juillet 2013, ont indiqué que l'intéressée souffrait d'un état de stress post-traumatique, d'un fonctionnement intellectuel limité et d'un trouble panique, concluant à une incapacité de travail totale. Ils ont fait état d'une péjoration de son état clinique depuis octobre 2012 où la recourante a fait un tentamen médicamenteux lors d'une crise d'angoisse aiguë, précisant que depuis « ces derniers mois », elle présentait une augmentation importante de ses angoisses ainsi que de ses attaques de panique dans les lieux publics et qu'elle décrivait également des troubles du sommeil importants péjorés par de nombreux flash-back ainsi que des cauchemars

récurrents. Dans leur rapport d'expertise du 31 octobre 2014, les Drs S. \_\_\_\_\_ et E. \_\_\_\_\_ ont posé le diagnostic incapacitant d'état de stress post-traumatique chronique depuis 2003, exposant avoir constaté une hypervigilance, une hyperréactivité, la reviviscence à répétition de moments traumatiques du passé et un évitement des situations générant des angoisses similaires à celles vécues à l'époque de la relation traumatique. Ils ont relevé qu'une nette péjoration semblait être survenue entre 2006 et 2009, années marquées par les tentatives multiples de séparation et la recrudescence des violences physiques et des menaces de mort. Ils ont toutefois exclu les diagnostics de trouble panique et d'agoraphobie. Ces experts ont dès lors conclu à une incapacité de travail totale depuis 2003, précisant qu'il serait possible de retrouver une capacité de travail inférieure à 100% dans un premier temps, voire de 100% au long terme, moyennant une prise en charge adéquate. b) Sur le plan somatique, aucune aggravation de l'état de santé de la recourante n'est établie ni même alléguée dans le cadre de la présente procédure. Il y a donc lieu de retenir que sur ce plan, la situation de l'intéressée est la même que lors de la décision du 20 janvier 2012, qui constatait une situation inchangée au regard de celle qui prévalait lors de la décision du 27 mai 2009.

- 39 - Sur le plan psychiatrique, on ne saurait retenir que la recourante souffre désormais d'un trouble panique incapacitant, contrairement à ce que soutiennent de manière non étayée les Drs L. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_. Les Drs S. \_\_\_\_\_ et E. \_\_\_\_\_ ont en effet écarté ce diagnostic en expliquant qu'ils n'avaient pas retrouvé clairement dans la description de l'intéressée la survenance brutale des symptômes y relatifs (lesquels se manifestaient dans des situations précises et ne pouvaient en l'occurrence pas être considérés comme inattendus ou imprévisibles), ni de crainte persistante d'avoir d'autres attaques de panique, ni de préoccupations à propos des implications possibles de ces attaques. Leur analyse convaincante à cet égard correspond à celle faite à l'époque par le Dr N. \_\_\_\_\_ qui n'avait également pas retenu cette affection. Quant au fonctionnement intellectuel limite décrit par les Drs L. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_ comme influençant la capacité de travail, il n'a pas été considéré comme incapacitant par les experts des Hôpitaux T. \_\_\_\_\_, qui ont relevé que la recourante avait pu s'intégrer de manière stable et fonctionnelle dans la vie professionnelle par le passé et avait pu s'entourer d'aides extérieures à plusieurs reprises pour initier les procédures juridiques qu'elle jugeait nécessaires pour protéger son intégrité, de sorte qu'elle ne présentait pas de déviation extrême ou significative des perceptions, des pensées et des sensations notamment. L'avis de ces experts concorde avec celui du Dr N. \_\_\_\_\_ qui exposait que l'intéressée s'était intégrée de manière stable dans la vie professionnelle malgré une formation professionnelle ainsi que des capacités intellectuelles limitées, et en tirait les mêmes conclusions. Au vu des avis identiques et étayés des Drs N. \_\_\_\_\_, S. \_\_\_\_\_ et E. \_\_\_\_\_ sur ce point, on ne saurait retenir que le fonctionnement intellectuel limite de la recourante impacte sa capacité de travail, à l'instar de la situation qui prévalait lors de la décision du 20 janvier 2012. S'agissant de l'état de stress post-traumatique indiqué par les Drs L. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_, ce diagnostic a également été retenu par les Drs S. \_\_\_\_\_ et E. \_\_\_\_\_ dans leur rapport du 31 octobre 2014,

- 40 - précisant qu'il existait depuis 2003 et qu'il engendrait une incapacité totale de travail dans toute activité. En posant ce diagnostic depuis 2003 déjà, ces experts n'ont toutefois pas discuté l'avis circonstancié du Dr N. \_\_\_\_\_ sur ce point, qui avait expressément nié l'existence d'une telle affection dans son rapport du 26 août 2011. À l'appui de leur

conclusion, les Drs S. \_\_\_\_\_ et E. \_\_\_\_\_ ont indiqué avoir retrouvé une hypervigilance, une hyperréactivité, une reviviscence à répétition de moments traumatiques du passé et un évitement des situations générant des angoisses similaires à celles vécues à l'époque de la relation traumatique, alors que le Dr N. \_\_\_\_\_ indiquait que ces items étaient absents. La description faite par ces experts apparaît en outre en contradiction avec l'exposé du status clinique contenu dans leur rapport qui ne fait état de la présence que de « légères manifestations neurovégétatives telles qu'un discret tremblement fin et une tendance à rougir » et relate que la recourante s'était présentée seule et ponctuelle aux rendez-vous en utilisant les transports publics, qu'elle était sans méfiance ni rejet, orientée dans tous les modes sans trouble de la vigilance, que l'attention et la concentration étaient conservées et qu'elle n'avait pas fait preuve d'irritabilité ou d'hypervigilance. Leur appréciation du cas présente également des contradictions dès lors que, d'une part, ils justifient l'état de stress post-traumatique notamment par le fait que l'intéressée ressent des angoisses au milieu de la foule en raison de la crainte que son deuxième mari puisse s'y trouver, crainte qui induit la fuite de la situation, et, d'autre part, ils exposent qu'elle ne présente pas d'évitement total de la foule ou des lieux publics puisqu'elle fait elle-même ses courses en grande surface, parvient à prendre les transports publics et sort plusieurs fois par jour dans des lieux ouverts comme la forêt ou la ville pour promener ses chiens, aucun évitement complet d'une situation phobogène qui parlerait pour une phobie spécifique n'ayant par ailleurs été retrouvé. Au vu de ce qui précède, l'analyse des Drs S. \_\_\_\_\_ et E. \_\_\_\_\_ sur l'existence d'un état de stress post-traumatique invalidant ne peut se voir conférer une valeur probante suffisante et apparaît constituer une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée depuis l'époque de l'expertise du Dr N. \_\_\_\_\_. On ne saurait ainsi retenir que l'intéressée souffre d'une telle affection.

- 41 - Force est donc de constater que sur le plan psychiatrique, la situation de la recourante ne s'est pas aggravée depuis la décision du 20 janvier 2012, contrairement à ce que soutiennent les Drs L. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_. L'opinion de ces médecins concernant une aggravation, au demeurant insuffisamment étayée, est par ailleurs contredite par les constatations des experts des Hôpitaux T. \_\_\_\_\_ qui ont relevé qu'en dehors de la survenance de deux épisodes auto-agressifs « au cours des deux dernières années », l'intéressée affirmait avoir du plaisir à s'occuper de ses chiens, ne rapportait pas de tristesse envahissant son quotidien et semblait garder l'envie de prendre soin d'elle comme en témoignait son apparence soignée. c) En conclusion, il y a lieu de retenir que la situation médicale de la recourante ne s'est pas modifiée depuis la décision du 20 janvier 2012. Ainsi, comme le SMR l'a rappelé dans son avis du 6 août 2015, l'intéressée présente depuis juin 2002 une capacité de travail de 70% dans toute activité, soit tant dans son activité habituelle de facturiste que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques, soit « pas de position statique prolongée debout ni assise, mais en alternance, pas de porte-à-faux, pas de mouvements répétés de torsion ni flexion, pas de port de charges de plus de 7 kg (répété de plus de 5 kg), pas d'exposition à des vibrations, pas de poussières, capacité d'apprendre limitée ». Quant au taux d'invalidité de la recourante, il équivaut à 30% au vu de sa capacité de travail de 70% dans toute activité. Ce taux ne s'est ainsi pas modifié depuis la décision du 20 janvier 2012 et ne donne dès lors pas droit à une rente. Certes cette décision retenait un préjudice économique de 29.54% conformément au calcul effectué selon la méthode de comparaison des revenus contenu dans la décision du 27 mai 2009 qui retenait une incapacité de travail totale dans l'ancienne activité habituelle de caissière et une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée. Toutefois, quelle que

soit la méthode appliquée en l'occurrence, le taux d'invalidité obtenu demeure similaire et n'ouvre pas le droit à une rente.

- 42 - 7. Le dossier est complet, permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction comme le requiert la recourante. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; ATF 130 II 425 consid. 2 ; TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014). 8. a) En définitive, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision litigieuse. b) 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 ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). 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 de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le défenseur d'office a droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré ; le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et applique un tarif horaire de 180 fr. s'agissant d'un avocat (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

- 43 - c) En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Toutefois, dès lors qu'elle est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. En outre, n'obtenant pas gain de cause, la recourante ne peut pas prétendre à l'allocation de dépens en sa faveur (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). S'agissant enfin du montant de l'indemnité du conseil d'office de l'intéressée, Me Trümpy a produit une liste de ses opérations le 20 septembre 2016, faisant état d'un temps consacré au dossier de 11,95 heures et de débours d'un montant de 46 francs. Contrôlées au regard de la procédure, ces opérations rentrent globalement dans le cadre d'un bon accomplissement du mandat. Le montant total de l'indemnité d'office de Me Trümpy s'élève dès lors à 2'372 fr. 75 ([11,95 heures x 180 fr.] + 46 fr. + TVA 8%, arrondi). Les frais judiciaires et la rémunération du conseil d'office sont provisoirement supportés par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser ces montants 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). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ), en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e :

- 44 - I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 7 décembre 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 à la charge de l'Etat. IV. L'indemnité d'office de

Me Johanna Trümpy, conseil de la recourante, est arrêtée à 2'372 fr. 75 (deux mille trois cent septante-deux francs et septante-cinq centimes), TVA et débours compris. V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais de justice et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat. VI. Il n'est pas alloué de dépens. La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Johanna Trümpy (pour D. \_\_\_\_\_) - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud - Office fédéral des assurances sociales

- 45 - par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.