

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 mai 2014

Présidence de M. NEU
Juges : Mme Pasche et M. Métral
Greffier : Mme Parel

Cause pendante entre :

M. _____, à Prilly, recourante, représentée par Me Jean-Marie Agier, avocat auprès de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, à Lausanne,

et

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

Art. 8 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. M. _____ (ci-après: l'assurée), née en 1951, originaire du Brésil, comptable de formation, travaillait comme femme de ménage depuis son arrivée en Suisse en novembre 2003. Le 15 novembre 2006, elle a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) une demande de prestations tendant à l'octroi de mesures d'orientation professionnelle et de reclassement dans une nouvelle profession, ainsi que d'une rente.

Dans un formulaire 531bis rempli le 8 décembre 2006, l'assurée a indiqué que, en bonne santé, elle travaillerait à 100 % en qualité de ménagère, d'employée de cuisine ou d'aide aux personnes âgées, pour des raisons financières.

Sur le plan médical, l'OAI s'est adressé à la Policlinique médicale universitaire de [...] (ci-après : la PMU). Dans un rapport du 12 février 2007, les Drs U. _____ et G. _____, tous deux spécialistes en médecine interne générale, ont posé les diagnostics d'obésité de stade III (BMI de 44), de trouble du comportement alimentaire (notamment hyperphagie et boulimie), de suspicion de canal lombaire étroit symptomatique, d'épisode dépressif sévère, de difficultés psychosociales, de syndrome d'apnée du sommeil appareillé, de gonarthrose bilatérale, de tunnel carpien droit, d'oedèmes des membres inférieurs sur probable insuffisance veineuse et de douleurs chroniques axillaires gauches d'origine pariétale. Ils ont retenu une incapacité de travail de 60-70 %, une aggravation de l'état de santé et une symptomatologie dépressive. Ils se sont également prononcés sur les limitations fonctionnelles.

Dans un rapport du 16 août 2007, le Dr L. _____, psychiatre et chef de clinique adjoint à la PMU, a retenu les diagnostics d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et de boulimie. Il a relevé que l'assurée vivait mal le fait d'être en Suisse et ne voulait pas retourner au

Brésil, que son douloureux passé lui pesait et qu'un traitement quotidien de flucétine l'aidait beaucoup.

Le 20 juillet 2007, l'assurée a été examinée par le service de rhumatologie du Centre hospitalier A.H._____ (ci-après : A.H._____). Dans un rapport du 27 août 2007, le Dr R._____, spécialiste en rhumatologie, a posé les diagnostics de lombosciatalgies S1 bilatérales chronique à bascule non déficitaire, d'obésité de stade III, de troubles alimentaires, de status post AVC thalamique droit intervenu le 31 août 2006, d'état dépressif récurrent, de syndrome d'apnée du sommeil appareillé, d'hypertension artérielle, de diabète insulino-dépendant et de status après cure de tunnel carpien gauche. Il a indiqué que les lombosciatalgies évoluaient depuis plusieurs mois et ne répondaient pas au traitement symptomatique. Une infiltration périurale et des séances de physiothérapie ont été proposées.

Sur proposition du Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR), l'assurée a fait l'objet d'une expertise médicale pluridisciplinaire au Centre d'observation médicale de l'AI (ci-après: le COMAI) de Genève. Dans leur rapport du 27 novembre 2007, les Drs I._____, médecin-chef et spécialiste en médecine interne générale, T._____, médecin-chef adjoint et médecin praticien, et A._____, médecin-expert et spécialiste en rhumatologie ainsi qu'en médecine physique et réhabilitation, ont posé les diagnostics de gonarthrose bilatérale symptomatique à droite sur troubles dégénératifs modérés fémoro-patellaires et du compartiment interne des deux côtés, de probable canal lombaire étroit symptomatique L5-S1 bilatéral et de syndrome d'apnées du sommeil appareillé (CPAP) avec hypersomnie diurne résiduelle. Ils ont retenu ce qui suit dans leur appréciation du cas :

"Madame M._____ est une assurée d'origine brésilienne, âgée de 56 ans, en Suisse depuis 1999 (?), ayant travaillé sans papiers comme femme de ménage. Elle ne travaille plus depuis environ une année en raison de ses problèmes de santé multiples. L'assurée présente une obésité importante, associée à un diabète de type II non insulino-requérant et un syndrome d'apnées du sommeil appareillé depuis 2005. Du point de vue de son diabète, les différents contrôles en diabétologie jusqu'en février 2007 n'ont pas

mis en évidence de complications significatives de cette maladie (absence de micro-angiopathie ou polyneuropathie). D'autre part, concernant son syndrome d'apnées du sommeil, l'assurée se plaint d'une fatigabilité importante, ainsi que de somnolence diurne, ceci documenté par un contrôle somnographique effectué en juin 2007 montrant encore la présence d'apnées et d'hypopnées à raison de 7 événements par heure. Toutefois, quant à nous, nous n'avons pas observé de fatigabilité ni de phénomène de somnolence chez Madame M. _____, qui est restée dans nos locaux de neuf heures du matin à quinze heures, ayant été vue pendant plusieurs heures par deux experts. Nous admettons dès lors que le traitement de Modasomil introduit en mai 2007 a pu améliorer la situation.

En conclusion, nous n'avons pas d'argument du côté de la médecine interne pour réduire [l'incapacité] de travail de cette assurée, si ce n'est [que] dans le choix d'une activité future, on devra être attentif à ne pas choisir une activité exigeant une attention augmentée infaillible, en raison du syndrome d'apnées du sommeil. De même, il sera avantageux de ne pas placer l'assurée dans des conditions de travail où elle a facilement accès à un apport calorique (préparation de confiseries par exemple).

Sur le plan ostéo-articulaire, Madame M. _____ se plaint de gonalgies droites évoluant depuis environ trois ans. Ces douleurs sont déclenchées principalement lors de la marche, lors de la position debout prolongée et à la montée et descente des escaliers, ainsi que lors d'accroupissement. Elle décrit des épisodes de tuméfaction récurrents. A l'examen clinique, les articulations des genoux restent calmes, sans limitations fonctionnelles et sans signes méniscaux. Une manoeuvre de rabet positive à droite, ainsi qu'une interligne interne sensible évoque une vraisemblable souffrance du compartiment fémoro-patellaire et fémoro-tibial interne, prédominant à droite. Les radiographies des genoux du 10.10.2007 confirment une gonarthrose interne bilatérale plus marquée à droite. La présence d'un minime empâtement rétro-quadricipital indique soit un épanchement, soit un épaississement synovial.

Au vu de l'obésité importante de l'assurée, associée à une gonarthrose symptomatique, il faudrait éviter sur le plan professionnel, toute activité nécessitant une position debout prolongée, des ports de charge en position debout, des montées et descentes d'escaliers répétées, ainsi qu'un travail en position accroupie. Dès lors, nous estimons que l'activité de femme de ménage reste une activité contre-indiquée du fait qu'elle nécessite le plus souvent une position debout prolongée et des positions d'accroupissement.

D'autre part, l'assurée souffre de lombalgies de longue date associées à des irradiations douloureuses face postérieure des cuisses, prédominant à droite. Ces douleurs sont essentiellement déclenchées en position debout, limitant le périmètre de marche à environ 20 minutes. Ces douleurs disparaissent après quelques minutes en position assise. A l'examen du rachis, on ne constate aucune limitation des amplitudes. Toutefois, l'extension du dos est douloureuse provoquant une irradiation face postéro-latérale du membre inférieur droit jusque vers le pied. L'examen neurologique des membres inférieurs est dans la norme. Un scanner lombaire

datant de mai 2007 a mis en évidence une nette arthrose facettaire au niveau L4-L5 et L5-S1 avec présence d'un éperon osseux arthrosique situé dans la région foraminale de L5-S1 droite, pouvant éventuellement réaliser un conflit avec la racine L5 droite. Les sciatalgies droites présentées par l'assurée pourraient être en relation soit avec une souffrance facettaire, soit dues à une irritation mécanique de la racine L5 dans son foramen. Nous sommes toutefois rassurés devant l'absence de signes d'irritation et de déficits neurologiques aux membres inférieurs lors de l'examen clinique. D'un point de vue médical, il pourrait s'avérer intéressant d'effectuer des infiltrations facettaires à but diagnostique et thérapeutique.

Sur le plan fonctionnel et professionnel, nous retiendrons les mêmes limitations décrites pour les problèmes de genoux, à savoir évitement d'une activité professionnelle en position debout prolongée, nécessitant une marche prolongée ou la montée et descente d'escaliers. Le port de charges modérées à lourdes (plus de 5 à 10 kg) n'est pas recommandé.

En conclusion, nous pensons que l'activité de femme de ménage est déconseillée sur le plan ostéo-articulaire en raison de la présence chez une femme obèse d'une gonarthrose symptomatique sur troubles dégénératifs modérés et d'une lombarthrose sur troubles dégénératifs des articulations postérieures L4-L5 et L5-S1 avec suspicion d'une irritation mécanique foraminale L5-S1 droite. Toutefois, dans une activité adaptée prédominant en position assise et respectant les limitations décrites ci-dessus, l'assurée garde une capacité de travail complète. Nous retiendrons une diminution du rendement d'environ 20% afin de permettre à Madame M. _____ d'alterner les positions assise et debout et de faire de petites pauses en cas de douleurs.

Sur le plan psychiatrique, l'expert psychiatre retient les diagnostics de dysthymie, d'une personnalité émotionnellement labile de type borderline et de trouble panique. Bien qu'il constate une thymie légèrement triste, il n'y a pas de ralentissement psychomoteur ni de fatigue ni de troubles cognitifs manifestes. Concernant le trouble panique, il estime que cette affection n'est pas sévère. Sur le plan professionnel, il estime que l'assurée ne présente pas de limitations fonctionnelles du point de vue psychiatrique et que sa capacité de travail est entière, sans diminution de rendement du point de vue psychiatrique. Les différents troubles pourraient être améliorés par la prise régulière de fluoxétine. Actuellement, le monitoring thérapeutique démontre que l'assurée ne prend pas le médicament prescrit.

Sur le plan neurologique, le Docteur [...] retient la présence d'un syndrome du canal carpien bilatéral à prédominance droite, ainsi que des troubles sensitifs gauches modérés séquellaires de l'accident vasculaire cérébral. D'un point de vue neurologique, il estime que ces atteintes n'ont aucun impact sur la capacité de travail et donc n'offrent aucune limitation fonctionnelle.

[...]

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

Au plan physique: l'atteinte ostéo-articulaire au niveau des genoux et de la colonne lombaire limite la position debout prolongée, les positions penchées en avant (repassage, aspirateur, ménage) et les ports de charges modérées à lourdes (dès 5 kg).

Les déficits résiduels de l'hémisynonyme gauche rendent l'assurée inapte à la marche sur terrain inégal.

Nous n'avons pas observé de fatigabilité et de somnolence diurne malgré une expertise d'environ 6 heures. Cependant, dans le cadre du syndrome d'apnées du sommeil, l'assurée présente une limitation de la capacité d'attention.

Au plan psychique et mental: bien que l'assurée présente une thymie en partie triste, nous n'avons pu observer de troubles thymiques significatifs ni de troubles cognitifs pouvant justifier une limitation des capacités fonctionnelles.

Au plan social: bien que l'assurée présente une situation sociale difficile, elle ne peut être attribuée aux troubles décrits ci-dessus.

[...]

Le lieu de travail doit satisfaire aux limitations fonctionnelles décrites sous «appréciation du cas et pronostic». Il s'agit principalement d'une activité en position assise, avec possibilité d'alterner les positions assise et debout et comprenant une manutention légère ne nécessitant pas une attention importante et infaillible en raison d'un syndrome d'apnées du sommeil.

[Cette activité, exigible, peut être exercée à plein temps]

[Nous] retenons une diminution du rendement de 20%, afin de permettre à l'assurée de faire des petites pauses en cas de douleurs et de pouvoir changer fréquemment de position".

Dans un rapport d'examen du 18 décembre 2007, le Dr V._____, du SMR, a retenu les diagnostics de gonarthrose bilatérale symptomatique à droite, de probable canal lombaire étroit symptomatique L5-S1 ddc et de syndrome des apnées du sommeil appareillé (CPAP) avec hypersomnie diurne résiduelle. La capacité de travail exigible a été évaluée à 100 % dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 20 %, depuis octobre 2006. Les limitations fonctionnelles ont été décrites comme suit : port de charges au-delà de 5 à 10 kg, porte-à-faux du rachis, attention soutenue, position debout-assise prolongée, escaliers, escabeaux, échelles, accroupissement, terrains inégaux.

Une enquête économique sur le ménage a été mise en œuvre par l'OAI. Dans un rapport du 26 mai 2008, l'OAI a retenu un statut de personne active à 100 % et, dans les activités de ménagère, un degré d'empêchement de 9 %.

Le 16 juin 2008, l'OAI a accordé à l'assurée le droit à des mesures d'orientation professionnelle, pour déterminer ses possibilités de réinsertion.

Le 10 septembre 2008, lors d'un entretien avec un responsable de l'OAI, l'assurée a déclaré qu'elle souhaitait trouver un emploi, précisant qu'elle n'avait pas de CFC et qu'elle maîtrisait peu le français. Dans un rapport du 24 septembre 2008, au vu de la motivation de l'intéressée, l'OAI a proposé de mettre en œuvre une mesure d'évaluation et d'orientation au centre Afiro de Lausanne, dans le but "de préciser ses limitations sur le plan pratique et d'évaluer ses compétences tant manuelles qu'intellectuelles afin de construire un projet professionnel adapté".

Du 3 décembre 2008 au 2 mars 2009, l'assurée a effectué un stage au centre Afiro, période durant laquelle elle a reçu des indemnités journalières de l'OAI. Dans leur rapport du 18 février 2009, les responsables de stage ont indiqué que l'assurée présentait une mobilité physique (bien que limitée), des aptitudes pratiques et manuelles ainsi qu'une bonne capacité d'apprentissage. Son travail manquait de précision et son rendement était nettement insuffisant et irrégulier; elle présentait néanmoins une meilleure productivité sur des tâches routinières. Compte tenu de son bagage scolaire limité, de son faible potentiel d'aptitudes professionnelles et de son suivi médical, elle ne pouvait prétendre à un emploi dans le circuit économique. Son rendement relevait de l'occupationnel et sa capacité de gain était symbolique.

L'OAI s'est à nouveau adressé à la PMU. Dans un rapport du 28 avril 2009, les Drs B._____ et J._____, tous deux spécialistes en médecine interne générale, ont posé les diagnostics d'obésité morbide de

stade III (BMI de 42), de lombosciatalgies S1 bilatérales chroniques à bascule non déficitaires d'origine dégénérative et meralgies paresthésiques bilatérales chroniques, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, de boulimie, de syndrome d'apnée du sommeil appareillé, d'hypersomnie idiopathique, de status post AVC ischémique thalamique droit et de gonarthrose bilatérale. Au vu des importantes limitations physiques et psychiques de la patiente ainsi que de son absence de formation et de connaissances professionnelles, confirmées lors du stage au centre Afiro, ces médecins ont relevé que la reprise d'une activité professionnelle paraissait irréaliste.

Le 31 mai 2009, les Drs B._____ et J._____ se sont prononcés sur les limitations fonctionnelles, indiquant notamment que l'assurée pouvait exercer des activités dans différentes positions - avec alternance - pendant 4h par jour au maximum et soulever/porter des charges de 2 kilos au plus pendant 4h par jour au maximum. Les capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance étaient limitées. Ils ont en outre déposé, en particulier, les documents médicaux suivants:

- Un rapport du 10 mai 2007 du service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du A.H._____, retenant, après un CT scan lombaire, un éperon osseux de type arthrosique situé en région foraminale L5-S1 droite pouvant réaliser un conflit sur le trajet extra-dural de la racine L5 droite, et une infiltration ostéocondensante des arcs postérieurs de L4 et dans une moindre mesure de L5.

- Un rapport du 7 novembre 2007 du service de neurologie du A.H._____, retenant les diagnostics d'atteinte pluriradiculaire lombo-sacrée dans un contexte de canal lombaire étroit, de meralgies paresthésiantes bilatérales, de syndrome du tunnel carpien et d'obésité.

- Un rapport du 6 février 2008 du service de rhumatologie du A.H._____, établi par les Drs R._____ et O._____, médecin assistant, retenant la présence de lombosciatalgies bilatérales à bascule

évoluant depuis plusieurs mois, répondant difficilement au traitement symptomatique et à une infiltration. L'évolution semblait stationnaire et il n'y avait pas d'éléments nouveaux, sauf la claudication intermittente neurogène, qui n'était plus décrite. Sur le plan thérapeutique, les propositions restaient limitées, avec une perte de poids, un suivi à la consultation de l'obésité et des séances de physiothérapie.

Dans un rapport du 30 septembre 2009, les Drs B. _____ et J. _____ ont indiqué que l'assurée rencontrait de très importantes difficultés dans sa mobilité dans le cadre de ses douleurs, soit des lombosciatalgies et des méralgies. Ils ont évoqué la médication de l'assurée et relevé un suivi psychiatrique, en raison d'un trouble dépressif récurrent, avec traitement antidépresseur.

Le 3 novembre 2009, l'assurée a été examinée par le département de l'appareil locomoteur du A.H. _____ (ci-après : le DAL). Dans un rapport du 4 novembre 2009, la Dresse P. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a relevé que l'assurée présentait des douleurs du rachis et au niveau des membres inférieurs à caractère aspécifique, et qu'elle semblait épuisée sur les plans physique et surtout psychologique. Une hospitalisation dans l'unité de rééducation a été proposée.

Ces nouveaux rapports médicaux ont été soumis au SMR. Dans un avis médical du 23 novembre 2009, le Dr V. _____ a retenu ce qui suit:

"[D]ans les faits, même s'il y a quelques divergences diagnostiques ou cliniques, il n'y a pas de signe d'aggravation somatique par rapport aux constatations faites lors du COMAI de 11.2007 (j'ai relu et comparé les différents documents), et en tous les cas pas de nouvel élément qui justifierait de modifier les conclusions quant à l'exigibilité et aux limitations fonctionnelles. Au plan psychiatrique, une péjoration n'est pas démontrée: rappelons qu'en mars 2007 les médecins de la PMU admettaient un épisode dépressif sévère, qui n'a pas été retenu au COMAI de décembre 2007 où une dysthymie a été diagnostiquée, et qu'enfin en avril 2009 les médecins de la PMU signalent un trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen qui n'est pas étayé; la compliance n'est pas démontrée; en outre les éléments descriptifs du rapport de stage AFIRO ne permettent pas

de soupçonner un épisode dépressif, même léger. Dans ces conditions, comment comprendre les résultats du stage AFIRO? Pour l'essentiel, l'échec vient de facteurs non médicaux, à savoir: bagage scolaire limité, faible potentiel d'aptitudes professionnelles, manque de précision dans le travail. Ainsi on s'en tiendra à l'exigibilité médicale fixée en décembre 2007, dans laquelle la diminution de rendement de 20% a été signalée en lien avec la fatigabilité".

Dans un rapport du 10 décembre 2009, suite à une consultation et à une échographie abdominale, les Drs Q._____ et C._____, du Service de chirurgie viscérale du A.H._____, ont posé le diagnostic de cholécystolithiase symptomatique, relevant que l'assurée présentait des coliques biliaires. Le 28 janvier 2010, l'assurée a bénéficié d'une cholécystectomie, dont les suites opératoires ont nécessité un court séjour aux soins continus, l'assurée ayant pu quitter le service le 30 janvier 2010.

Le 27 mai 2010, l'assurée a été examinée par le DAL. Dans un rapport du 31 mai 2010, la Dresse P._____ a relevé que l'assurée présentait toujours des difficultés liées à l'ostéoporose et au syndrome métabolique, qu'elle se déplaçait péniblement et ressentait des douleurs ostéo-articulaires; un traitement de physiothérapie ambulatoire a été indiqué.

Dans un avis médical SMR du 3 août 2010, le Dr V._____ a relevé que la cholécystectomie, qui s'était déroulée sans complication, avait entraîné une incapacité de travail totale de six semaines au maximum, de sorte qu'il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé. La capacité de travail restait de 100 % dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 20 %, depuis octobre 2006.

B. Dans un préavis du 5 août 2010, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit à une rente d'invalidité. Se référant à l'avis du SMR, il a retenu que l'assurée présentait une capacité de travail de 100 % avec une diminution de rendement de 20 % depuis octobre 2006. Sur la base d'un revenu d'invalidé de 36'779 fr. 15 - dans des activités simples et répétitives selon l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS) pour 2006, en tenant compte d'une diminution de

rendement de 20 % et d'un abattement de 10 % au vu des limitations fonctionnelles - et d'un revenu sans invalidité de 51'082 fr. 15 selon l'ESS, l'OAI a mis en évidence un degré d'invalidité de 27.99 %.

L'assurée a contesté ce préavis, faisant valoir qu'elle ne pouvait pas travailler. Elle a requis un complément d'instruction sur le plan médical.

Dans un rapport du 21 septembre 2010, la Dresse P._____ a attesté une prise en charge intensive et multidisciplinaire stationnaire à l'unité de rééducation du DAL du 16 août au 3 septembre 2010. Elle a signalé de nettes améliorations sur les plans fonctionnel et algique, a relevé une posture dystonique touchant le membre supérieur gauche lorsque la patiente était stressée, fatiguée et hyperalgique, puis s'est prononcée au sujet du traitement médicamenteux. Des examens radiologiques n'avaient pas démontré de nouvel AVC.

Dans un rapport du 27 septembre 2010, la Dresse P._____ a retenu un pronostic défavorable concernant la capacité de travail. Pendant l'hospitalisation, l'assurée avait ressenti une légère amélioration de son état algique, mais elle restait très limitée sur le plan fonctionnel et ne pouvait pas, malgré toute sa volonté, faire face à des obligations professionnelles, même à temps partiel et même dans une activité très légère. L'incapacité de travail a été fixée à 100 % depuis 2006, définitivement. La Dresse P._____ a signalé des difficultés pour rester assis ou debout, un périmètre de marche restreint, l'apparition de dystonies du MSG lors d'activités physiques, des difficultés de concentration et une incapacité à gérer le stress. En conclusion, les problèmes ostéo-articulaires, neurologiques, métaboliques et psychologiques entraînaient une incapacité de travail totale dans toute activité professionnelle. Au sujet des limitations fonctionnelles, la Dresse P._____ a notamment retenu des capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance limitées.

Le cas a une nouvelle fois été soumis au SMR. Dans un avis médical du 18 octobre 2010, les Drs V. _____ et F. _____ ont retenu que ni l'assurée ni la Dresse P. _____ n'apportaient d'éléments médicaux nouveaux permettant de modifier les conclusions du SMR, puisque l'avis de cette dernière était contradictoire et insuffisamment étayé au sujet de l'exigibilité.

Par décision du 22 décembre 2010, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à une rente d'invalidité, en se référant aux mêmes motifs que ceux exposés dans son préavis du 5 août 2010. Dans une lettre d'accompagnement du 22 décembre 2010, l'OAI a expliqué qu'il se fondait sur l'expertise du COMAI de 2007 et que les rapports médicaux versés postérieurement n'apportaient pas de nouveaux éléments.

C. Par acte de son mandataire du 31 janvier 2011, M. _____ a recouru contre cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal et conclu à la réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui est octroyée, depuis une date devant être déterminée par l'OAI. Elle a relevé que les observations effectuées au centre Afiro lors de son stage d'observation, permettaient de retenir qu'elle n'était pas en mesure de mettre quelque capacité de travail que ce soit dans le circuit économique normal.

Le juge instructeur a, par décision du 18 février 2011, accordé l'assistance judiciaire à l'assurée avec effet au 31 janvier 2011, avec exonération de frais et désignation d'un avocat d'office en la personne de Me Jean-Marie Agier.

Dans sa réponse du 15 mars 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a relevé que les constatations médicales objectives ressortant de l'expertise du COMAI étaient pertinentes pour déterminer la capacité de travail et qu'en l'occurrence l'assurée disposait d'une capacité de travail de 100 % avec une diminution de rendement de 20 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Par réplique du 27 avril 2011, la recourante a confirmé sa position, en relevant l'absence de contradiction entre les conclusions des experts du COMAI de 2007 et celles des responsables d'Afiro de 2009. Elle a souligné le fait que le stage d'observation professionnelle avait démontré l'impossibilité de mettre en œuvre la capacité de travail et que l'OAI n'avait pas donné d'exemples concrets d'activités adaptées pouvant être exercées par l'assurée.

Dans sa duplique du 24 mai 2011, l'OAI a confirmé ses conclusions. Il a fait valoir que l'avis des responsables d'Afiro différait de celui des experts du COMAI au sujet de la capacité de travail et qu'il n'appartenait pas à l'assurance-invalidité de répondre d'un manque de formation professionnelle de l'assurée.

La recourante a remis un rapport du 16 septembre 2011 des Drs [...], spécialiste en médecine interne générale à la PMU, et [...], médecin assistant, qui ont posé les diagnostics de syndrome métabolique (avec HTA, diabète de type 2, hyperlipidémie et obésité morbide), lombosciatalgies S1 bilatérale chronique, trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen, syndrome d'apnées du sommeil traité, status post AVC ischémique en 2006, gonarthrose bilatérale, carence en vitamine D3, incontinence urinaire d'effort de grade III, cataracte bilatérale et hémorroïdes de stade II. Ces médecins ont retenu une incapacité totale de travail de longue durée.

Le 9 janvier 2012, l'OAI a produit un avis médical du SMR du 19 décembre 2011 des Drs V._____ et F._____, qui ont relevé que le rapport précité de la PMU ne permettait pas de remettre en cause la position du SMR, dès lors que les diagnostics posés avaient déjà été discutés et que celui de cataracte bilatérale ne pouvait entraîner une incapacité de travail prolongée.

Le 13 août 2013, la recourante a transmis à l'OAI deux nouveaux rapports médicaux, soit un rapport du Service de psychiatrie de liaison du A.H._____ du 29 juillet 2013 et un rapport des médecins

du département des neurosciences cliniques, service de neurologie du A.H._____. Faisant valoir que dits rapports médicaux faisaient état de troubles à la santé apparus semble-t-il après le 22 décembre 2010, date de la décision dont est recours, elle a requis de l'OAI qu'il entreprenne d'ores et déjà la révision de son cas.

D. Avec l'accord des parties, la Cour des assurances sociales a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire aux fins de déterminer la capacité résiduelle de travail de la recourante. Dite expertise a été confiée aux Drs X._____, médecin adjoint de l'Unité de médecine physique et réadaptation orthopédique des Hôpitaux E._____ (ci-après : E._____), A.A._____, chef de clinique du Service de médecine interne générale des E._____ et W._____, responsable ad interim de l'Unité de psychiatrie légale des E._____. Le rapport de synthèse, produit le 13 décembre 2013 et signé par le Dr X._____, retient notamment ce qui suit :

"3. Diagnostics

Avec répercussion sur la capacité de travail

- Gonarthrose bilatérale, symptomatique de façon prédominante à droite, tricompartmentale, mais prédominant en fémoro-patellaire et fémoro-tibial interne.
- Canal lombaire rétréci symptomatique sur troubles dégénératifs facettaires postérieurs, avec douleurs lombaires et sciatalgies chroniques à bascule, non déficitaires.
- Troubles statiques du rachis.
- Déconditionnement physique global, tant musculaire que cardiovasculaire.
- Dysbalances musculaires étagées prédominantes au niveau lombo-pelvi-crural.
- Méralgie paresthésique bilatérale chronique.
- Trouble dépressif récurrent.
- Trouble du comportement alimentaire, boulimie
- Trouble mixte de la personnalité.
- Obésité morbide (BMI à 45.1 kg/m²) avec syndrome métabolique :
 - Diabète de type 2 non insulino-requérant.
 - Dyslipidémie.
 - Hypertension.
- Syndrome d'apnée du sommeil appareillé depuis 2005.
- Hypersomnie idiopathique.
- Baisse de l'acuité visuelle bilatérale (0.8 à droite, 0.2 à gauche) sur névrite optique rétrobulbaire d'origine indéterminée.
- Cataracte bilatérale.
- Hémisyndrome moteur et sensitif gauche sur accident vasculaire cérébral thalamique droit d'origine lacunaire en 2006 (CTscan et IRM cérébrale normaux.)

(...)

4. Appréciation du cas :

- Madame M. _____ est une assurée d'origine brésilienne, née en 1951 (...). Elle a cessé toute activité professionnelle à l'automne 2006. Elle est suivie par diverses consultations spécialisées de médecine interne et d'ophtalmologie à [...] depuis 2005. Une demande de rente AI a été refusée en 2010 sur la base d'une expertise pluridisciplinaire.

- Elle présente ainsi de très nombreux problèmes de médecine interne, qui semblent d'ailleurs ne pas s'aggraver de manière prépondérante ces dernières années, si l'on en croit une remise de service de novembre 2012 de la PMU de [...]. En particulier, le syndrome métabolique avec diabète de type II non insulino-dépendant, dyslipidémie traitée, hypertension artérielle traitée et obésité morbide majeure avec un BMI à 47 kg/m² est sous contrôle.

La patiente ne paraît à l'heure actuelle toujours pas avoir de complication majeure de son diabète, en particulier sur le plan ophtalmologique ou neurologique.

Au niveau ophtalmologique, elle présente néanmoins une importante baisse de l'acuité visuelle bilatérale, prédominant maintenant à droite, sur une névrite optique rétrobulbaire d'origine indéterminée.

Elle est également connue pour un syndrome d'apnée du sommeil, appareillé par CPAP, mais s'accompagnant néanmoins d'une fatigabilité importante et de somnolence diurne documentées par un contrôle somnographique. Il nous faut néanmoins mentionner que durant la demi-journée d'évaluation médicale rhumatologique de cette expertise, nous n'avons pas relevé de somnolence importante; tout au plus, comme déjà mentionné, il existe une fatigabilité nette et un déconditionnement physique majeur.

Madame M. _____ présente également un status après un accident vasculaire cérébral thalamique droit d'origine lacunaire en 2006, ayant fait l'objet d'un bilan neurologique extensif durant l'année 2012, tant clinique que para-clinique, qui n'a pas démontré d'anomalie résiduelle importante. Il reste néanmoins comme séquelles de cet accident, des troubles mal systématisés de la sensibilité de l'hémicorps gauche, et un déficit de force non reproductible du membre inférieur gauche, prédominant distalement.

- Sur le plan psychiatrique, l'expertisée souffre actuellement d'un trouble dépressif récurrent, d'un état d'épuisement psychologique faisant suite à la persistance des douleurs et surtout d'un trouble de la personne et d'un trouble du comportement alimentaire sous forme d'une boulimie.

- Enfin, sur le plan ostéo-articulaire, Madame M. _____ se plaint de gonalgies bilatérales nettement prédominantes à droite, de caractère mécanique, ainsi que de lombalgies basses associées à des douleurs de type sciatalgique à bascule au niveau des membres inférieurs, sans trajet radiculaire clairement systématisé.

Pour ce qui concerne la problématique des genoux, il existe clairement des troubles dégénératifs prédominants à droite, sous la forme d'une gonarthrose tri-compartmentale, mais essentiellement fémoro-tibiale interne et fémoro-patellaire, avec un très net rabet à droite. À l'examen clinique pourtant, le genou droit reste sec et stable, sa mobilité est diminuée par rapport au genou controlatéral, mais surtout en raison de l'important panicule adipeux et oedème

des membres inférieurs. Il n'existe pas de signes méniscaux positifs, par contre l'interligne articulaire interne et la mobilisation de la rotule sont douloureux. Pour ce qui concerne les lombalgies irradiant dans les 2 membres inférieurs sans trajet radiculaire systématisé, elles sont associées de longue date à des troubles statiques du rachis et surtout à des atteintes dégénératives lombaires basses importantes, en particulier au niveau des facettes articulaires postérieures L4-L5 et L5-S1.

Ces douleurs sont probablement celles qui limitent le plus la patiente dans sa vie quotidienne, l'empêchant de rester longtemps assise ou debout, la limitant dans son périmètre de marche et finalement ne cédant partiellement qu'en position couchée. La palpation lombaire est globalement alléguée comme douloureuse, sans véritable contracture musculaire, avec quelques tensions musculaires au niveau fessier. Tous traitements médicamenteux et antalgiques ne paraissent guère efficaces, la physiothérapie qui se poursuit encore actuellement ne l'est pas vraiment davantage.

Plusieurs tentatives d'infiltrations, probablement facettaires, n'ont apporté aucune amélioration.

Cette problématique mixte, internistique, locomotrice, et psychiatrique entraîne comme conséquence un déconditionnement physique majeur massif de l'assurée, tant sur les plans musculaire que cardiovasculaire, s'accompagnant d'importants déséquilibres musculaires inhérents.

Sur un plan purement fonctionnel, eu égard à ce qui a pu être observé lors de cette expertise, Madame M. _____ est évidemment limitée de façon majeure et elle est handicapée entre autres aussi par son obésité massive. Elle a en effet de la peine à se déplacer correctement, le fait très lentement, le déshabillage et l'habillage ont pris un temps très important, malgré l'aide d'une tierce personne présente lors du rendez-vous.

(...)

- De fait, nous pouvons dire que sur le plan de l'expertise rhumato-orthopédique, la capacité de travail de l'assurée est bel et bien nulle pour ce qui concerne son activité antérieure de femme de ménage, avec des limitations physiques et fonctionnelles qui ne permettent en aucun cas la reprise d'une telle activité.

Pour ce qui est d'une capacité de travail résiduelle dans une activité dite adaptée et ne tenant compte que de la problématique locomotrice, si une telle activité respecte un nombre important de limitations sur lesquelles nous reviendrons ultérieurement, une capacité de travail résiduelle n'est pas strictement nulle.

En effet, une gonarthrose bilatérale, modérée à gauche, importante à droite, de même que des troubles statiques et dégénératifs des étages dorsaux et lombaires avec douleurs irradiées de type sciatalgies ne sont pas une contre-indication à une activité professionnelle théorique. Néanmoins, les mêmes recommandations et les mêmes limitations déjà décrites en 2007, restent évidemment d'actualité; à savoir éviter les positions debout prolongées, voire assises prolongées (sur des périodes supérieures à 30 - 40 minutes); éviter toute activité nécessitant une marche même modérée et bien évidemment la montée ou descente d'escaliers; le port de charges, même légères, est également à proscrire.

Mais surtout il existe en parallèle de multiples problèmes de médecine interne, de même que des pathologies psychiatriques qui sont intriqués de façon très complexe. En effet, il n'y a pas que les troubles moteurs qui font que Madame M. _____ est limitée

fonctionnellement. Un déconditionnement physique massif, une dyspnée importante et une fatigabilité majeure interfèrent aussi avec sa capacité professionnelle. Nous vous laissons ainsi vous référer aux compléments d'expertise internistique et psychiatrique annexés au présent rapport, mais une synthèse globale de l'appréciation des 3 experts sera faite lors des réponses aux questions dans le chapitre C.

Néanmoins, il paraît évident pour l'ensemble des experts que la situation médicale globale de l'assurée ne lui permet plus la reprise d'aucune activité professionnelle que ce soit. L'expertise de Médecine Interne est particulièrement claire sur ce point.

C. Influence sur la capacité de travail

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

Au plan physique :

L'atteinte ostéo-articulaire pour ce qui concerne le genou et le rachis, limite bien entendu les positions debout prolongées, penchées en avant ou en arrière, les ports de toutes charges, même légères (2 à 3 kg). Les positions assises prolongées (au-delà d'1 heure) sont également à proscrire et il est évident que Madame M. _____ doit pouvoir bénéficier de changements de positions fréquents. La montée et descente répétées de tout escalier est impossible en raison du déconditionnement physique massif de l'assurée, par contre nous n'avons pas observé de somnolence diurne notable mais bien une fatigabilité nette au bout de la demi-journée d'évaluation.

Pour ce qui est des limitations en rapport avec les multiples problèmes de médecine interne, nous vous laissons vous référer au complément d'expertise annexé. Néanmoins, nous pouvons clairement conclure que dans son ancienne profession **la reprise d'une activité professionnelle axée sur un travail purement physique est strictement impossible.**

Mais, compte tenu également de l'importante obésité et du déconditionnement de la patiente, d'une aptitude à la réhabilitation très faible depuis de nombreuses années, et en raison des troubles visuels également marqués de la patiente, quelque travail manuel léger que ce soit ne semble plus envisageable non plus. Enfin, d'une façon globale, Madame M. _____ étant actuellement tellement limitée dans ses simples activités de la vie quotidienne, nécessitant une aide importante de son entourage familial et extérieur, même la reprise d'un travail très adapté en milieu protégé ne nous semble pas envisageable.

Aux plans psychique et mental :

Pour ce paragraphe, là encore l'expertise annexée du Docteur W. _____, Médecin Psychiatre, fera la synthèse globale de la problématique. Néanmoins et en résumé, l'expertisée ne peut assumer de poste à responsabilités, ni d'activité professionnelle dans laquelle elle serait soumise à un stress ou à des exigences de rendement, en raison du trouble dépressif récurrent et du trouble de personnalité décompensé. Vu la faible résistance au stress, la fragilité mentale et la fatigabilité de Madame M. _____, une capacité théorique très partielle pourrait être envisagée de ce point de vue psychiatrique. Mais dans les faits et compte tenu de l'ensemble de la problématique, nous estimons qu'une telle éventualité réadaptation professionnelle ne s'applique pas.

• Au plan social :

Pas de limitation claire de la capacité de travail, sur ce plan-là.

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

- Comme il a déjà été mentionné dans l'expertise COMAI de 2007, plus aucune capacité de travail résiduelle n'existe dans la profession antérieure de femme de ménage, qui ne répond en aucun cas aux limitations physiques décrites ci-dessus.

Une incapacité de travail de 20% au moins est certainement effective dès octobre 2006, correspondant aux suites de l'accident vasculaire cérébral connu.

3. En raison de ses troubles psychiques, l'assurée est-elle capable de s'adapter à son environnement professionnel?

L'expertisée n'a clairement pas la capacité à s'adapter à un environnement professionnel normal. Elle conserve des capacités d'adaptation à un environnement professionnel lui-même adapté, c'est-à-dire peu exigeant et peu contraignant, par exemple en milieu protégé.

D. Influence sur la réadaptation professionnelle:

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

- Prenant d'abord en considération la problématique locomotrice, à savoir essentiellement la gonarthrose bilatérale et les troubles statiques et dégénératifs rachidiens, la réponse pourrait être en théorie oui. En effet, d'un point de vue médico-théorique, Madame M. _____ pourrait bénéficier d'une réadaptation professionnelle dans un domaine incluant des activités effectuées principalement en position assise de courte durée, lui permettant des changements de positions fréquents et réguliers et ne s'accompagnant d'aucune manutention.

Par contre, il est important de noter que le déconditionnement physique et psychologique de l'assurée, son fonctionnement global actuel, le rythme de ses journées, rendraient probablement très difficile la possibilité de s'habituer à un nouveau rythme de travail dans le marché professionnel dit classique. C'est d'ailleurs la conclusion à laquelle était parvenue le centre AFIRO, insistant sur un rendement tout à fait irrégulier et nettement insuffisant, ceci même dans le contexte d'un marché du travail équilibré et fictif.

De même, la mobilisation des ressources existantes de la patiente paraît très aléatoire, en particulier en relation à des déterminants psychologiques; par contre, son aptitude à s'intégrer dans un tissu social, comme elle nous l'a confirmé pendant l'expertise, reste intéressante.

Néanmoins, et en synthèse, lorsque l'on appréhende l'ensemble des problématiques en particulier les pathologies internistiques, il paraît évident, compte tenu des limitations fonctionnelles importantes, que Madame M. _____ n'a plus aucune capacité résiduelle de travail et paraît totalement incapable de se réadapter professionnellement dans quelque activité que ce soit. Pour nous, même un milieu protégé nous paraît impossible ou alors strictement hypothétique, sans aucune conséquence pratique.

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?:

- Bien entendu la réponse est non, veuillez vous référer aux réponses du point C.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assurée?:

- Se référer aux commentaires du paragraphe D1.

E. Remarques:

Il convient enfin de répondre à la question individualisée posée par l'avocat de Madame M. _____, Maître J.-M. AGIER, concernant notre appréciation des conclusions du centre AFIRO de 2009, à savoir que l'assurée ne possède plus qu'une capacité résiduelle de travail théorique dans un milieu protégé: «est-ce que les experts peuvent, d'un point de vue médical, se rallier à ce que le centre AFIRO dit de son rapport de février 2009 concernant la capacité résiduelle de travail de Madame M. _____, qui est qu'une telle capacité n'existe qu'en milieu protégé ? si les experts ne peuvent se rallier à ce point de vue, pourquoi n'est-il pas possible de le faire?».

Vous avez bien compris, à la lecture de la présente expertise, que les experts qui ont examiné Madame M. _____ peuvent totalement se rallier à l'estimation du centre AFIRO et à son rapport de février 2009 concernant la capacité résiduelle de travail de l'expertisée.

Vous pourrez même remarquer que nous sommes allés plus loin que les conclusions du centre AFRO, en ce sens, et essentiellement pour problématiques internistiques, que même la reprise d'un travail en milieu protégé ne semble pas envisageable. Dans tous les cas et de façon parfaitement claire, la reprise d'une capacité professionnelle, quelle qu'elle soit et à quelque pourcentage que ce soit nous semble strictement impossible."

Le 11 décembre 2013, la recourante a indiqué qu'elle n'avait pas de remarques particulières à formuler au sujet du rapport d'expertise des E. _____, tout en relevant que son contenu l'amenait à préciser ses conclusions comme suit : "la décision attaquée du 22 décembre 2010 est réformée en ce sens qu'il est dit que M. _____ a droit, dès le 1^{er} octobre 2007, à une rente d'invalidité de l'AI entière".

Dans ses déterminations du 7 janvier 2014, l'OAI a indiqué qu'il avait soumis le rapport d'expertise des E. _____ au SMR, qui s'était prononcé par avis médical du 18 décembre 2013, auquel il a déclaré se rallier entièrement. Relevant en particulier que, selon l'avis SMR du 18 décembre 2013, la situation de l'assurée restait inchangée pour la période d'octobre 2006 à janvier 2012, date de l'aggravation de l'atteinte psychiatrique, il a fait valoir que dite aggravation était postérieure à la date de la décision attaquée et qu'elle serait prise en compte dans le cadre de la nouvelle demande présentée par la recourante le 13 août 2013. L'avis SMR du 18 décembre 2013, signé des Drs A.D. _____ et A.E. _____ retient notamment ce qui suit :

"Le rapport d'expertise est daté du 29.05.13 et comporte un volet de médecine physique et réadaptation orthopédique (Dr X. _____, réalisé en avril 2013), un volet de médecine interne (Dr

A.A. _____, réalisé en octobre 2013) et un volet psychiatrique (Dr W. _____, réalisé en juillet 2013).

Les nouveaux rapports médicaux sont datés du 20.06.13 (Dr A.F. _____ et Dr A.G. _____, service de neurologie du A.H. _____) et du 29.07.13 (Dr A.I. _____, service de psychiatrie de liaison du A.H. _____).

Il convient, dans un but de clarté, de séparer l'appréciation somatique et l'appréciation psychiatrique.

Atteinte somatique :

Le premier volet de l'expertise inclut la partie de médecine physique et réadaptation du Dr X. _____ et une appréciation globale du cas. Au terme d'un résumé des pièces à disposition, de l'anamnèse et de l'examen clinique, les experts aboutissent à une liste de diagnostics que nous ne reprendrons pas dans le présent document (cf. page 22) Nous relevons à ce stade que l'obésité morbide avec syndrome métabolique est reportée dans les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail alors que ce dernier ne peut être considéré comme incapacitant en soi (contrairement à ses conséquences) La baisse d'acuité visuelle bilatérale rapportée sous la même rubrique (0,8 à droite, 0,2 à gauche), bien que pouvant représenter une certaine limitation, n'a à ce stade également pas valeur d'incapacité.

Ces remarques sont cruciales dans le sens où la présente évaluation de la capacité de travail est principalement limitée en raison de ces facteurs.

En effet, le Dr X. _____ rapporte (page 23) que les très nombreux problèmes de médecine interne ne semblent pas s'être aggravés de manière prépondérante ces dernières années. Il relève également que malgré le syndrome d'apnée du sommeil (documenté au centre d'investigation sur le sommeil en mai 2013 est caractérisé par une normalisation de la respiration nocturne avec une adhérence excellente mais la persistance d'une hypersomnie idiopathique, cf. page 3 de l'expertise internistique) une somnolence n'a pas été relevée durant l'évaluation rhumatologique. Concernant le status après AVC en 2006, il rapporte que le bilan neurologique extensif de 2012 n'a pas démontré d'anomalie résiduelle importante et que les séquelles constatées sont peu objectives (troubles mal systématisés de la sensibilité de l'hémicorps gauche et déficit de force non reproductible du membre inférieur gauche). Concernant la problématique des genoux un trouble dégénératif prédominant à droite est manifeste mais l'examen clinique est rassurant sans signe inflammatoire et avec une mobilité diminuée en raison du panicule adipeux. Les lombosciatalgies sont non déficitaires et ne présentent pas de trajet radiculaire systématisé. Ces dernières sont rapportées comme étant responsables de la limitation principale dans sa vie quotidienne, l'empêchant de rester longtemps assise ou debout (il relève toutefois en page 16 que l'assurée est restée 1 heure 30 assise sans exagération et sans mouvement parasite).

L'exigibilité est nulle dans l'activité de femme de ménage. Il relève que du point de vue de la problématique locomotrice, la capacité de travail résiduelle n'est pas strictement nulle (page 28). Au vu de la globalité de l'atteinte et des problèmes de médecine interne et de psychiatrie, **la reprise de travail est impossible.** Un travail manuel léger (page 30) n'est pas non plus envisageable compte tenu également de l'importante obésité, du déconditionnement de l'assurée, d'une aptitude à la réhabilitation très faible et en raison de troubles visuels.

En page 4 de l'expertise internistique, à laquelle le Dr X. _____ se réfère à plusieurs reprises, nous relevons qu'en termes de conclusions, les Drs A.A. _____ et Z. _____ rapportent "*En conclusion, la reprise d'une activité professionnelle axée sur un travail physique, notamment son ancienne profession, nous semble impossible au vu des problèmes rhumatologiques, de surpoids et de déconditionnement, avec une aptitude à la réhabilitation estimée comme faible au vu d'un problème de surpoids chronique depuis de nombreuses années. Un travail manuel de précision n'est plus envisageable en raison des troubles visuels de la patiente, ce qui s'applique également à un travail intellectuel en raison des différents troubles relevés dans le bilan neuropsychologique de mai 2013*". Nous rappelons que d'un point de vue de la problématique locomotrice, le Dr X. _____ mentionne que la capacité de travail résiduelle n'est pas strictement nulle (page 28). De plus, comme mentionné plus haut, l'obésité, aussi sévère soit-elle, ne saurait être considérée comme incapacitante. A nouveau, nous rappelons que les troubles visuels de l'assurée, bien que prétéritant fortement un travail manuel de précision, ne peuvent être considérés à ce stade comme incapacitants dans toute activité manuelle. Finalement, les troubles cognitifs mentionnés (cf. page 2 du rapport du Dr A.G. _____ du 20.06.13) doivent être considérés comme légers à moyens au vu du descriptif (défaut d'évocation lexicale, fléchissement mnésique, léger dysfonctionnement exécutif et ralentissement de la vitesse de traitement) et ne saurait contre-indiquer toute activité intellectuelle.

Atteinte psychiatrique :

L'assurée a présenté une péjoration de son atteinte avec en particulier une tentative de suicide en 2012 et une hospitalisation en milieu psychiatrique en juillet 2013 pour mise à l'abri d'un risque autoagressif dans le cadre d'un épisode dépressif majeur avec symptômes psychotiques.

Le Dr W. _____ expert psychiatre retient et explique les diagnostics de trouble mixte de la personnalité, de trouble dépressif récurrent (sans caractériser la sévérité de l'épisode actuel) et de trouble du comportement alimentaire de type boulimie. Il relève qu'au vu des informations et de l'évolution, le Dr N. _____ (expert psychiatre COMAI 2007) a diagnostiqué à juste titre une dysthymie (non incapacitante). Actuellement, le tableau est compatible avec un trouble dépressif récurrent. Le trouble de la personnalité est actuellement décompensé et incapacitant. Le trouble du comportement alimentaire ne peut pas être considéré comme ayant une influence directe sur la capacité de travail. Au vu des limitations fonctionnelles et de la capacité d'adaptation, il conclut qu'une capacité de travail de 50% avec rendement normal est le maximum exigible en l'état actuel.

Nous disposons également du rapport de la Dresse A.I. _____ du 29.07.13. Les diagnostics qu'elle avance sont concordants avec ceux de l'expert, avec une précision sur l'épisode dépressif actuel (sévere avec symptômes psychotiques) Elle décrit depuis décembre 2011 des épisodes d'exacerbations dépressives associées à la recrudescence d'idées suicidaires ayant pu être jugulée en ambulatoire jusqu'en juin 2013. Au terme d'une argumentation convaincante, elle conclut que la capacité de travail est actuellement nulle à court et à long terme.

Conclusion :

L'atteinte somatique de l'assurée est stable depuis de nombreuses années. Les constatations cliniques en relation avec les problèmes ostéoarticulaires et neurologiques de l'assurée ne présentent pas de facteur objectif d'aggravation et sont dans la majorité mal systématisés et axés sur la composante douloureuse (donc subjective) de l'assurée. L'évaluation de l'exigibilité résiduelle actuelle (somatique) ne peut être retenue car elle prend en considération de manière prépondérante l'obésité et les troubles visuels, ces derniers n'étant pas d'un point de vue asséculo-logique à considérer comme facteur incapacitant.

L'atteinte psychiatrique s'est péjorée, principalement depuis l'année 2012. Les documents à disposition confirment l'exigibilité retenue depuis 2006 par le SMR. Toutefois, depuis 2012, elle présente une atteinte incapacitante en toute activité et de manière durable. Nous adhérons donc aux conclusions concernant l'exigibilité actuelle de la Dresse A.I._____. A nouveau, nous devons nous écarter des conclusions de l'expert psychiatre, qui malgré les troubles décrits lors de son examen retient une capacité de travail maximale de 50%. Cette dernière nous paraît actuellement surestimée.

De plus, les experts omettent de se prononcer sur le point litigieux principal, à savoir l'évolution de l'exigibilité dans une activité adaptée depuis 2006.

Au vu de ces considérations, la présente expertise ne saurait être considérée comme convaincante et nos conclusions restent donc inchangées pour la période allant d'octobre 2006 à janvier 2012, date de l'aggravation de l'atteinte psychiatrique. A partir de janvier 2012, elle présente une incapacité de travail totale en toute activité et de manière durable."

Le 27 janvier 2014, la recourante a indiqué à la Cour de céans qu'elle s'en remettait à justice quant à la question de la valeur probante de l'expertise du Dr X._____, niée par le SMR.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision attaquée

(art. 60 al. 1 LPGA). Les délais fixés par la loi ne courent pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des règles de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) Selon l'art. 93 let. a LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, composée de trois magistrats (art. 94 al. 4 LPA-VD), est compétente pour statuer.

2. Est litigieux en l'espèce le droit de la recourante à une rente d'invalidité. L'intimé l'a nié en se fondant sur les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire confiée au COMAI, qui retiennent, à compter d'octobre 2006, une capacité résiduelle de travail de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de la recourante, avec une baisse de rendement de 20 % (rapport du 27 novembre 2007). Cette appréciation est contestée par la recourante, qui fait valoir qu'elle est en contradiction avec l'évaluation de sa capacité de travail telle qu'elle ressort du rapport du 18 février 2009 du centre Afiro, qui conclut qu'elle ne peut prétendre à un emploi dans le circuit économique en raison de son bagage scolaire limité, de son faible potentiel d'aptitudes professionnelles et de son suivi médical, ainsi qu'avec les rapports médicaux postérieurs des Drs B._____ et J._____ de la PMU (cf. rapports des 28 avril et 30 septembre 2009) et celui de la Dresse P._____ (rapport du 27 septembre 2010), qui concluent à une incapacité totale de travail dans toute activité professionnelle. Elle conclut à l'octroi d'une rente complète d'invalidité à compter d'une date à déterminer par l'intimé.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1

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

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

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; TF I 81/07 arrêt du 8 janvier 2008 consid. 3.2, I 1093/06 arrêt du 3 décembre 2007 consid. 3.1).

c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de

l'assuré (ATF 125 V 256, consid. 4, 115 V 133, consid. 2; TF, I 312/06 arrêt du 29 juin 2007, consid. 2.3 et les références citées).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b; TF, 9C_418/2007 arrêt du 8 avril 2008, consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par 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 dûment motivées (ATF 134 V 231, consid. 5.1).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence récente du Tribunal fédéral a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Notre Haute Cour a notamment précisé qu'il n'y avait pas lieu de mettre en doute la valeur probante d'une expertise réalisée dans un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI), conformément à l'art. 44 LPGA, au seul motif que celui-ci était lié par un contrat-cadre avec l'Office fédéral des assurances sociales et

fréquemment mandaté par les offices de l'assurance-invalidité (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3, 2.3 et 3.4.2.7; cf. également ATF 136 V 376). Il a par ailleurs considéré que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un SMR était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en oeuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lie à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

4. a) En l'espèce, force est de constater, avec la recourante, que les conclusions de l'expertise COMAI, qui date du 27 novembre 2007 (pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, avec une diminution de rendement de 20 %), sont en contradiction avec celles résultant des rapports médicaux postérieurs des Drs B._____ et J._____ qui, dans leur rapport du 6 février 2008, renaient comme nouveau diagnostic un trouble dépressif récurrent nécessitant un traitement par antidépresseur et un suivi psychologique, et de celui de la Dresse P._____ (rapport du 27 septembre 2010). Cette dernière concluait en effet, en raison de l'ensemble des comorbidités présentées par l'assurée (problèmes ostéo-articulaires, neurologiques, métaboliques et psychologiques) à une incapacité totale de travail dans toute activité depuis 2006; elle était rejointe dans son appréciation par les Drs B._____ et J._____ qui, dans leur rapport du 28 avril 2009 déjà, indiquaient qu'au vu des importantes limitations physiques et psychiques ainsi que de l'absence de formation et de connaissances professionnelles de l'assurée, la reprise d'une activité professionnelle leur semblait irréaliste. En outre, si l'expertise du COMAI et le rapport de stage du centre Afiro concordent en ce qui concerne la nature et l'étendue des

limitations fonctionnelles présentées par l'assurée, les spécialistes responsables de l'observation et de la réadaptation professionnelle (Afiro) ont en revanche nié toute possibilité pour l'assurée de mettre concrètement en oeuvre la capacité de travail médico-théorique retenue par l'expertise du COMAI. Pour ce faire, ils ont certes mentionné son bagage scolaire limité et son faible potentiel d'aptitudes professionnelles – qui constituent des facteurs non médicaux, comme l'a relevé le médecin du SMR – mais ils n'en ont pas moins relevé, dans le cadre d'une approche du cas dans sa globalité, une importante fatigabilité, une mobilité physique limitée et un suivi médical important, non sans rendre compte de la volonté de l'assurée de trouver, au mieux de ses possibilités, une activité pouvant lui convenir.

Au vu de l'ensemble de ces éléments, dans son appréciation des preuves, la Cour de céans a finalement considéré que des doutes quant à la capacité de travail résiduelle de travail effective de la recourante subsistaient. Elle a par conséquent ordonné la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire, se conformant en cela tant à la jurisprudence récente du Tribunal fédéral en matière de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4) qu'à celle qui exige, dans les cas où les appréciations (d'observation médicale et professionnelle) divergent sensiblement, que l'administration, respectivement le juge confronte les deux évaluations et, au besoin, requiert un complément d'instruction (TF 9C_739/2010 arrêt du 1^{er} juin 2011 consid. 2.3, 9C_1035/2009 arrêt du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 18, les deux avec les références citées).

b) L'expertise judiciaire a été confiée, avec l'accord des parties, à des spécialistes de médecine interne, de médecine physique et de psychiatrie des E._____. Un rapport de synthèse signé du Dr X._____ a été produit le 4 décembre 2013. Sa valeur probante est contestée par l'intimé, respectivement par le SMR, qui considère que l'atteinte somatique de la recourante est stable depuis de nombreuses années et que l'évaluation de l'exigibilité résiduelle (somatique) des experts ne peut

être retenue car elle prendrait en considération de manière prépondérante selon eux l'obésité et les troubles visuels, alors que ces derniers ne seraient pas à considérer comme des facteurs incapacitants d'un point de vue asséculoologique. En ce qui concerne l'atteinte psychiatrique, ils font valoir qu'elle s'est péjorée depuis 2012, soit postérieurement à la décision attaquée et qu'elle ne peut donc pas être prise en considération dans le cadre du présent recours.

En premier lieu, il faut relever que le rapport de synthèse de l'expertise pluridisciplinaire réalisée par les spécialistes des E._____, produit par le Dr X._____ le 4 décembre 2013, aborde de façon circonstanciée les points litigieux, se fonde sur des examens complets, prend en considération les plaintes de la recourante, a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse de l'intéressée, décrit et apprécie la situation médicale de façon claire et détaillée. Les conclusions auxquelles les experts aboutissent en ce qui concerne la capacité résiduelle de travail de la recourante sont bien motivées et convaincantes de sorte qu'elles emportent la conviction de la Cour de céans qui les fait siennes. En effet, l'intimé persiste - sans en expliquer les raisons - à considérer les différentes atteintes à la santé que présente la recourante de façon séparée. Or, ce qui rend particulièrement convaincantes les conclusions des experts c'est qu'ils ont procédé, contrairement au COMAI et au SMR, à une appréciation de la situation médicale de la recourante dans sa globalité. Ils expliquent de façon détaillée que c'est la problématique mixte, internistique (en particulier l'obésité massive qui, de par son importance, est reconnue comme handicapante), locomotrice, et psychiatrique qui entraîne un déconditionnement physique majeur massif, tant sur les plans musculaire que cardiovalculaire, déconditionnement auquel s'ajoutent une dyspnée importante et une fatigabilité majeure. Ainsi, c'est l'ensemble de ces affections et leur intrication qui au final interfèrent avec la capacité professionnelle de la recourante, qui est considérée par les experts comme nulle depuis son AVC, respectivement depuis octobre 2006. Si l'atteinte psychiatrique s'est certes fortement péjorée depuis la tentative de suicide médicamenteuse et l'hospitalisation en milieu psychiatrique de la recourante en 2012, il n'en demeure pas

moins que, en 2009 et 2010, les Drs B._____, J._____ et P._____ retenaient le diagnostic de trouble dépressif récurrent nécessitant un traitement. Ce diagnostic - nouveau - par rapport à celui retenu par les experts du COMAI (dysthymie) en 2007 a été ignoré par le SMR et l'OAI qui n'ont pas approfondi leurs investigations sur le plan psychiatrique avant que ne soit rendue la décision dont est recours. Enfin, en ce qui concerne le trouble de l'obésité, il faut relever que les experts des E._____ le classent dans les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de la recourante, contrairement aux médecins du SMR, en expliquant que c'est l'importance de cette obésité et son intrication avec les autres atteintes à la santé qui la rend incapacitante dans le cas particulier.

Au surplus, les conclusions des experts des E._____ quant à la capacité de travail résiduelle de la recourante s'avèrent d'autant plus convaincantes qu'elles rejoignent celles auxquelles étaient parvenus les Drs B._____, J._____ et P._____ en 2009 et 2010 déjà, soit avant que la décision entreprise soit rendue, ainsi que les constatations des responsables du stage Afiro au sujet de l'impossibilité pour l'assurée d'exercer concrètement une activité qui soit adaptée.

En définitive, sur la base du rapport d'expertise judiciaire des spécialistes des E._____, la Cour de céans considère que la recourante est en incapacité totale de travail depuis le mois d'octobre 2006, suite à l'AVC d'août 2006, lequel constitue un facteur objectif d'évaluation. Compte tenu du délai de carence d'une année (art. 28 LAI), la recourante a dès lors droit à une rente entière depuis le 1^{er} octobre 2007, la décision attaquée devant être réformée en ce sens.

5. 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 judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 3'000 fr. à la charge de l'OAI, qui succombe, cette somme couvrant celle revenant à l'avocat d'office.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 22 décembre 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que M. _____ a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} octobre 2007.

- III. Un émolument judiciaire de 400 (quatre cents) francs est mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à M. _____ une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Marie Agier, avocat auprès de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, à Lausanne (pour M. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :