

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 juin 2014

Présidence de M. MERZ
Juges : Mme Rossier et M. Bidiville, assesseurs
Greffière : Mme Pellaton

Cause pendante entre :

L._____, à Nyon, recourante, représentée par Me Duc, avocat, à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1, 16, 37 al. 4, 44 LPGA ; art. 4, 28 al. 2, 28a al. 1, 29 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. a) L. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1962, ressortissante portugaise, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), signée en date du 26 mai 2000. Elle a indiqué des lombosciatalgies comme atteinte à la santé et la Dresse P. _____ comme médecin traitant « depuis plusieurs années ».

A teneur d'un questionnaire pour l'employeur, complété le 31 mars 2001 par le Département des ressources humaines de l'entreprise [...], l'assurée a travaillé en tant qu'employée de buffet et d'office du 11 janvier 1997 au 13 juillet 1999, son contrat de travail ayant pris fin le 29 janvier 2001 ; elle réalisait de ce chef, en 1999, un revenu annuel de 41'860 francs.

Le 19 juin 2000, l'assurée a indiqué à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) qu'en bonne santé elle travaillerait en tant que femme de buffet ou caissière à plein temps par nécessité financière.

b) Dans un rapport du 9 août 2000 à l'intention de l'OAI, la Dresse P. _____, généraliste et médecin traitant de l'assurée depuis le mois d'avril 1999, a posé les diagnostics de syndrome lombo-vertébral entraînant des lombo-cruralgies gauches, d'endométriose pelvienne, ainsi que de raccourcissement du membre inférieur gauche avec pied en inversion. Elle a indiqué que l'assurée avait beaucoup de difficultés à marcher en raison du raccourcissement et de l'atrophie du membre inférieur gauche, atteinte nécessitant de la physiothérapie et peut-être, à terme, le recours à une chaussure orthopédique. Était retenu une incapacité de travail totale dès le 5 mars 1999, encore en cours, à l'exception d'une brève capacité de travail de 50 % du 7 au 13 juillet 1999.

Suite à plusieurs demandes de l'OAI, la Dresse P._____ a transmis à l'OAI, en avril 2001, un courrier que le Service de neurologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : le CHUV), Drs K._____ et D._____, lui avait adressé le 6 juillet 2000. Il y est posé le diagnostic de lombo-cruralgies gauches dans le cadre d'un syndrome lombovertébral. La synthèse et les conclusions y sont formulées comme suit :

« [L'assurée] présente donc des plaintes essentiellement sensitives relatives au membre inférieur gauche, qui auraient débuté quelques jours après une analgésie péridurale dans le contexte d'une intervention abdominale. A l'examen neurologique on ne retrouve pas de signe de déficit radiculaire ou de myélopathie. La plainte globale d'un déficit sensitif au niveau de l'hypocondre et de la jambe gauche est variable et ne nous évoque pas clairement une topographie anatomique ; la boiterie constante en inversion du pied gauche suggère (dans la mesure où un problème orthopédique a été écarté) plus un problème de nature fonctionnelle que proprement neurologique. Le caractère changeant de la parésie lors de l'examen clinique conforte cette hypothèse. Le bilan complémentaire n'amène pas d'arguments pour une polyradiculopathie compressive ou infectieuse ni pour une affection inflammatoire du système nerveux central. L'IRM ne montre aucune altération par rapport à 1992. Nous retenons donc en conclusion le diagnostic de lombo-cruralgies gauches dans le contexte d'un syndrome lombo-vertébral chronique.

Le bilan complémentaire effectué ne nous apporte aucun argument en faveur d'une inflammation ou infection intrathécale, d'une maladie auto-immune ou d'une carence vitaminique.

Nous avons expliqué à Madame l'importance de suivre un traitement de physiothérapie afin de soulager les douleurs et les troubles de la marche. »

Selon les médecins du CHUV, l'assurée avait déjà été vue dans cette clinique en 1992 pour des douleurs au bas du dos, irradiant la fesse et la cuisse gauches. Un minime prolapsus discal L4-L5 avait été visualisé. Selon l'assurée l'évolution avait été favorable, avec la disparition des cruralgies, mais une discrète persistance des lombalgies. En mars 1999, elle avait subi une laparotomie en raison de kystes ovariens gauches. Environ quatre jours après l'intervention, elle avait commencé à se plaindre de douleurs au pied gauche qui auraient par la suite commencé à irradier le long de la jambe jusqu'au dos.

Dans un rapport du 10 décembre 2001, la Dresse P._____ a mentionné que si l'assurée avait toujours des difficultés à se déplacer et à rester debout longtemps, une nette amélioration était constatée suite au traitement physiothérapeutique ; elle estimait dès lors que l'assurée était à même d'exercer une activité ne nécessitant ni port de charges ni station

debout prolongée, telle que réceptionniste ou téléphoniste, ceci sans diminution de rendement, et préconisait en conséquence un recyclage professionnel.

L'assurée a effectué un stage en qualité d'emballuseuse-conditionneuse au sein de l'entreprise T. _____ SA du 7 octobre 2002 au 17 janvier 2003. Il résulte du rapport de cette entreprise du 14 janvier 2003, qu'il était prévu que l'assurée travaille les deux premières semaines à 50 %, les deux suivantes à 75 %, puis à temps plein ; après deux ou trois jours d'activité à 75 %, l'assurée avait eu un « blocage » en faisant son ménage et avait consulté la Dresse P. _____, laquelle l'avait mise au bénéfice d'un arrêt de travail du 23 au 28 octobre, avec reprise à 50 % dès cette date. Son taux n'a par la suite pas pu être augmenté ; il était relevé à cet égard que l'assurée aurait dû ménager ses efforts, et qu'elle se trouvait arrêtée par ses propres limites, ayant des difficultés à admettre son handicap. Cela étant, l'assurée avait donné entière satisfaction (son rythme de travail était qualifié de « soutenu et même supérieur à la moyenne »). L'auteur du rapport estimait que l'assurée était en mesure d'atteindre le taux de 100 % d'activité.

Dans un rapport final établi le 10 février 2003, l'OAI a retenu que l'assurée était en mesure d'asseoir une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, savoir consistant en des tâches légères permettant une alternance régulière des postures statiques, avec nette prédominance de la position assise. Il y est mentionné que l'assurée avait tendance à se focaliser sur une capacité de travail de 50 % essentiellement pour des raisons personnelles liées à son confort de vie, ce qu'elle tendait alors à reconnaître.

Par courrier adressé à l'OAI le 8 mars 2004, l'assurée a indiqué que son état de santé ne lui permettait pas de travailler à plus de 50 % et que ses démarches de recherche d'emploi se dirigeaient dès lors vers une activité à mi-temps.

c) Le Dr M._____, spécialiste en médecine interne générale et nouveau médecin traitant de l'assurée, a établi un rapport le 8 septembre 2004, posant comme ayant des répercussions sur la capacité de travail les diagnostics de lombo-cruralgies gauches chroniques sur discopathie L4-L5 et protrusion discale gauche compressive au niveau L4, ainsi que de gonarthrose modérée bilatérale symptomatique. Ce praticien estimait qu'aucune activité professionnelle n'était possible, les lombo-cruralgies s'aggravant même en position assise ; il retenait dès lors une incapacité de travail totale depuis le mois de mars 1999.

Dans un avis du 28 février 2005, le Service médical régional AI (ci-après : le SMR) a proposé la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique, le rapport précité du Dr M._____ ne paraissant pas convaincant.

d) Le Dr Z._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale mandaté par l'OAI, a établi un rapport le 20 juin 2005, posant les diagnostics principaux de syndromes cervico-lombo-vertébral chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, de fibromyalgie et d'obésité. À son sens, l'ensemble de la symptomatologie s'inscrivait en avant-plan d'un syndrome d'amplification de la douleur avec présence de nombreux points de fibromyalgie, probablement reflet d'une diminution du seuil de tolérance à la douleur ; les éléments objectifs ne permettaient pas à eux seuls d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse, très démonstrative, dont se plaignait l'assurée, pas plus que les limitations fonctionnelles dont elle faisait état dans sa vie quotidienne. D'un point de vue rhumatologique, la capacité de travail de l'assurée était estimée à 80 % dans son activité antérieure de cuisinière polyvalente, et à 100 % dans une activité adaptée, savoir évitant les positions statiques prolongées, les ports de charges de plus de 10 kg et surtout en porte-à-faux et avec long bras de levier, ainsi que les temps de déplacement à plat de plus de 30 minutes. Il n'y aurait pas de diminution du rendement. Le Dr Z._____ a relevé que l'assurée semblait convaincue d'être handicapée, et se sentait incapable de fournir des efforts ou de reprendre une activité professionnelle. Des mesures de

réadaptation professionnelle ne paraissaient pas indispensables vu qu'une activité adaptée était déjà possible.

Dans son avis du 12 septembre 2005, le SMR s'est rallié à l'appréciation du Dr Z._____.

e) Par décision du 9 janvier 2006, l'OAI a alors dénié à l'assurée le droit à une rente AI, au motif qu'elle ne présentait pas un degré d'invalidité lui ouvrant un droit à cette prestation.

Par acte du 21 février 2006 de son (nouveau) mandataire, Me Jean-Michel Duc, l'assurée a interjeté une opposition, qui était à l'époque encore prévue dans le domaine de l'AI. Elle a conclu à son droit à l'octroi d'une demi-rente à compter du mois de mars 2000, ainsi qu'à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle, subsidiairement de mesures d'ordre professionnel. Elle a relevé que les constatations du Dr Z._____ étaient en contradiction avec les autres pièces au dossier, et que ce médecin minimisait le substrat organique pourtant mis en évidence par le Dr M._____, en particulier concernant les troubles du rachis ; en raison de ces contradictions, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise complémentaire. En outre, elle a contesté le revenu d'invalidité tel qu'arrêté dans la décision attaquée, alléguant qu'il convenait de tenir compte de ce que son revenu sans invalidité était largement inférieur au salaire de la moyenne suisse. Par ailleurs, son état général justifiait un abattement de 25 % sur le salaire statistique, en lieu et place de l'abattement de 10 % que l'OAI avait reconnu.

f) A l'occasion de son opposition contre la décision de l'OAI du 9 janvier 2006, l'assurée a demandé la désignation de son avocat comme conseil d'office au titre de l'assistance juridique gratuite. L'OAI a rejeté cette demande par décision du 8 mai 2006, motif pris que le degré de complexité du cas n'était pas tel que l'assistance d'un avocat fût nécessaire. L'assurée a alors interjeté un recours contre cette décision auprès du Tribunal des assurances (ci-après : le TAss) de l'époque qui l'a rejeté par jugement du 21 novembre 2006 (cause AI 82/06). Le Tribunal

fédéral (ci-après : le TF) a confirmé ce rejet par arrêt du 7 janvier 2008 (cause I 127/07). Il a considéré qu'en l'absence d'avis médical contraire et motivé se trouvant au dossier, il y avait lieu de constater que la situation de fait n'était en l'espèce pas problématique, du moins pas dans une mesure telle qu'elle eut été inaccessible à un assistant social ou toute autre personne qualifiée œuvrant au sein d'une institution sociale. Par ailleurs, à ce stade de la procédure, le cas ne présentait pas de questions de droit spécifiques. Aussi, les circonstances du cas d'espèce n'exigeaient pas l'assistance d'un avocat dans la procédure d'opposition.

g) Dans le cadre de la procédure d'opposition, l'OAI et le SMR ont constaté en mai 2006 que, malgré le diagnostic de fibromyalgie et la jurisprudence du Tribunal fédéral y relatif (ATF 132 V 65 consid. 4.3 ; 130 V 396 consid. 5.3), aucune évaluation psychiatrique n'avait eu lieu.

Le SMR a alors effectué, par la Dresse Y._____, psychiatre, un examen psychiatrique en date du 14 septembre 2006. Il ressort du rapport du même jour de ce médecin qu'il n'y avait selon elle aucun diagnostic psychiatrique ; sur le plan psychiatrique, la capacité de travail était de 100 % dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée.

L'OAI a ainsi confirmé sa décision de refus du 9 janvier 2006 par décision sur opposition du 11 juillet 2007.

h) L'assurée a déféré le 16 juillet 2007 cette décision sur opposition au TAss, qui a admis le recours par jugement du 30 septembre 2008 (cause AI 280/07), a annulé la décision de l'OAI et lui a retourné la cause afin de compléter l'instruction dans le sens des considérants. Le TAss a condamné l'OAI à verser à titre de dépens 1'500 fr. à l'assurée qui était représentée par son mandataire. Il a uniquement reproché à l'OAI le fait que « l'experte » de l'expertise psychiatrique n'était pas au bénéfice d'une autorisation de pratiquer. Au sujet des troubles somatiques, le TAss a toutefois retenu que ceux-ci ne sauraient à eux seuls justifier l'octroi de prestations de l'AI (consid. 2 à 4, pp. 8 ss du jugement). Pour cette procédure judiciaire, l'assurée avait été mise au bénéfice de l'assistance

judiciaire, l'indemnité et les débours qui étaient dus au mandataire de l'assurée en sa qualité de conseil d'office étant fixés à 844 fr. 65 (décisions AJ 2007/3298 du 18 octobre 2007 et AJ 148/2010 du 5 mai 2010).

B. **a)** Suite au jugement du 30 septembre 2008, l'OAI a mandaté le Dr X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a rendu son rapport le 13 novembre 2009. L'expert a conclu qu'il n'y avait, sur le plan psychique, pas de diagnostic à poser ; il a retenu une capacité de travail entière et aucune diminution de rendement.

Dans un avis du 15 janvier 2010, le SMR a alors retenu notamment ce qui suit :

« [...] Du point de vue psychiatrique, la capacité de travail exigible est donc de 100 % depuis toujours.

Aucune modification sur le plan somatique n'ayant été annoncée depuis le 12.09.2005, il convient donc de suivre les conclusions du rapport d'examen SMR du 12.09.2005 qui renaient une exigibilité de 100 % dans une activité adaptée, dès le 05.03.1999. Les limitations fonctionnelles retenues étaient : pas de position statique prolongée, pas de port de charges supérieures à 10 kg, pas d'activité en porte-à-faux avec longs bras de levier, pas de déplacements à plat de plus de 30 min. Ces conclusions reposaient sur le rapport d'expertise du Dr Z._____, du 20.06.2005.

L'exigibilité est de 100 % dans une activité adaptée dès le 5 mars 1999. »

La procédure d'opposition ayant entre-temps été abrogée en procédure AI, l'OAI a alors remis à l'assurée un projet de décision en date du 20 août 2010 allant dans le sens d'un refus de rente et de mesures professionnelles de l'AI.

b) Par acte de son mandataire du 23 septembre 2010, l'assurée a formulé des objections dans un mémoire d'environ trois pages. Elle a notamment fait valoir que depuis le dernier rapport du SMR au sujet des troubles somatiques datant de l'année 2005, le status somatique n'avait plus été examiné, alors que la symptomatologie s'était sensiblement détériorée, justifiant ainsi la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Elle a par ailleurs à nouveau demandé d'appliquer un taux

d'abattement de 25 % à la place des 10 % appliqué par l'OAI. Pour la première fois, elle a aussi critiqué le fait qu'aucune enquête ménagère n'avait été entreprise, bien qu'il était évident qu'aujourd'hui elle était selon elle limitée d'au moins 50 % dans la tenue de son ménage.

Par la même occasion, l'assurée a formulé une nouvelle demande d'octroi de l'assistance juridique gratuite « pour la présente procédure » (ch. 8 et 10 let. f du courrier de Me Duc du 23 septembre 2010).

c) Constatant dans un avis juriste du 4 octobre 2010 que les dernières informations sur l'état de santé somatique de l'assurée dataient de 2005 et ne pouvant exclure une aggravation de l'état somatique depuis, l'OAI s'est résolu à demander un rapport médical actuel « au médecin traitant de l'assurée ». Vu que l'assurée demandait à ce qu'il soit procédé à une enquête ménagère, l'OAI a aussi décidé de vérifier si le « statut 100 % active » était encore valable.

d) En date du 29 novembre 2010, l'OAI a, par ailleurs, établi un projet de décision selon lequel il entendait refuser l'assistance juridique gratuite requise par l'assurée à l'occasion de ses objections du 23 septembre 2010. Le mandataire de l'assurée s'est opposé le 17 janvier 2011 à ce dernier projet.

Par écriture du 8 mars 2011 adressée au mandataire et par décision formelle du 10 mars 2011, l'OAI s'est prononcé à ce sujet et a confirmé son refus d'octroyer l'assistance juridique gratuite. Il a notamment retenu que la complexité des points litigieux, à savoir la capacité de travail du point de vue somatique et la détermination du revenu sans invalidité, n'était pas suffisante pour justifier l'assistance d'un avocat. Dans l'hypothèse où l'assurée ne voulait pas agir seule, d'autres spécialistes ou personnes de confiance étaient parfaitement aptes à l'aider dans ses démarches auprès de l'AI.

C. **a)** Par acte de son mandataire du 15 avril 2011, l'assurée a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal

(ci-après : la Casso) contre la décision de refus de l'assistance juridique gratuite du 10 mars 2011 (cause AI 114/11). En substance, elle demande à ce que l'assistance juridique gratuite lui soit octroyée selon sa demande du 23 septembre 2010 (cf. supra let. Bb *in fine*). Elle requiert son audition et sollicite aussi l'assistance judiciaire pour la procédure devant la Cour de céans.

b) Par courrier du 21 avril 2011, le Tribunal de céans a demandé à la recourante de compléter sa requête d'assistance judiciaire pour la procédure judiciaire en remplissant le formulaire de demande et en y ajoutant les pièces requises. Dans le délai prolongé au 31 août 2011, l'assurée a remis ce formulaire, signé le 28 août 2011, au Tribunal. Par décision du 22 septembre 2011 (AJ 116/11), le juge instructeur a mis l'assurée au bénéfice de l'assistance judiciaire pour la procédure judiciaire. Il a exonéré l'assurée d'avance de frais et reconnu Me Duc comme conseil d'office.

c) Par réponse du 31 octobre 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Par réplique du 18 novembre 2011, la recourante a réitéré sa demande d'être auditionnée par le Tribunal. De plus, elle a requis l'audition de son fils et de sa belle-fille.

Par duplique du 5 décembre 2011, l'OAI a renoncé à se prononcer plus avant.

D. Dans l'intervalle, l'OAI a aussi rendu, le 24 mai 2011, une décision de refus de prestations AI. Auparavant, selon l'avis juriste du 4 octobre 2010 (cf. supra let. Bc), l'OAI avait adressé à l'assurée en date du 29 novembre 2010, une liste de questions, auxquelles cette dernière a répondu le 4 février 2011 ainsi (réponses reproduites en caractère italique) :

« - Auriez-vous diminué votre taux d'activité depuis 2007 si vous n'aviez pas été atteinte dans votre santé ? *Non*

- Si oui, pour quelle(s) raison(s) ? [Pas de réponse]
- A quel taux auriez-vous travaillé ? 100 %
- Depuis quelle date ? 2007 jusqu'en mars 2009
- Merci également de nous indiquer les coordonnées de votre médecin traitant.
M. _____ [adresse] »

L'OAI s'était alors adressé une nouvelle fois, en date du 10 mars 2011, à l'assurée et à son mandataire avec les questions suivantes :

« - Pourquoi indiquez-vous, lors de votre réponse du 4 février 2011 que sans atteinte à la santé vous auriez travaillé à 100 % jusqu'en mars 2009 ?
- A quel taux auriez-vous travaillé après cette date ? Et pour quelle(s) raison(s) ? »

L'assurée n'a pas répondu à ces questions, pas non plus après la sommation de l'OAI du 21 avril 2011, l'avertissant qu'en l'absence de réponse de sa part, la décision serait prise sur la base du dossier en possession de l'autorité.

Par ailleurs, l'OAI avait adressé un formulaire de rapport médical au Dr M. _____, que celui-ci a renvoyé le 8 avril 2011 avec l'unique mention qu'il n'y avait pas de changement depuis son rapport de 2004.

L'OAI a alors rendu, en date du 24 mai 2011 et conformément à son projet du 20 août 2010 et sans autre échange d'écritures avec la recourante, une décision formelle de refus de prestations AI (rente et mesures professionnelles). L'OAI a estimé que l'assurée avait une pleine capacité de travail dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles (pas de position statique prolongée, pas de port de charges supérieures à 10 kg, pas d'activité en porte-à-faux avec longs bras de levier, pas de déplacement de plus de 30 minutes). Il a retenu un salaire annuel de valide de 41'860 fr. et d'invalidé de 41'284 fr. 20 après un abattement de 10 % sur le salaire brut standardisé compte tenu des limitations fonctionnelles de l'assurée. Dans cette mesure, il a admis une perte de gain de 575 fr. 80, ce qui menait à un degré d'invalidité de 1.37 %.

E. Par acte de son mandataire du 24 juin 2011, L._____ a recouru auprès de la Casso également contre la décision du 24 mai 2011 (cause AI 192/11). Elle a conclu à l'octroi d' « une rente AI [...] à compter du mois de mars 2000, le tout avec intérêts », de mesures de réadaptation professionnelles et d'ordre professionnel. Elle a requis la mise en œuvre d'une expertise « par un expert indépendant et compétent pour déterminer notamment le statut médical, le diagnostic, la capacité de travail et les traitements à entreprendre en [sa] faveur ». Elle a aussi demandé à ce qu'une enquête ménagère soit entreprise « pour déterminer [son] degré d'empêchement [...] dans la tenue de son ménage. Par ailleurs, elle a demandé son audition et celle de témoins. En substance, elle a repris les griefs déjà soulevés à l'occasion de ses objections du 23 septembre 2010 (cf. supra let. Bb).

Conformément à sa demande et au formulaire produit dans un délai prolongé au 16 septembre 2011, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire pour cette procédure judiciaire, notamment par l'assistance de Me Duc comme conseil d'office (décision AJ 107/11 du 1^{er} septembre 2011).

Dans sa réponse du 5 octobre 2011, l'OAI a proposé le rejet du recours.

Par réplique du 1^{er} novembre 2011, la recourante a indiqué les noms de quatre témoins (son fils, sa belle-fille, les Drs M._____ et B._____). Dans sa duplique du 22 novembre 2011, l'OAI a renoncé à se prononcer plus avant.

Par mémoire du 27 décembre 2011, la recourante a demandé la mise en œuvre de débats publics en se référant à un arrêt du Tribunal fédéral (9C_198/2011 du 11 novembre 2011).

F. **a)** Suite au départ à la retraite du juge instructeur, les causes AI 114/11 et AI 192/11 ont été reprises par un nouveau juge. Celui-ci a convoqué les parties à une audience par la Cour fixée pour les deux

causes (AI 114/11 et AI 192/11) au 24 juin 2013. Une demande d'ajournement de la recourante du 18 juin 2013, afin de présenter une nouvelle appréciation médicale, a été refusée. L'audience du 24 juin 2013 a eu lieu. A cette occasion, la recourante et deux témoins proposés par celle-ci (fils et belle-fille) ont été auditionnés.

Lors de l'audience, la recourante a déclaré qu'elle avait des douleurs partout, notamment dans le bas du dos ; les douleurs montaient jusque dans la nuque ou dans la tête et descendaient aussi jusqu'au pied gauche ; elle devait rester assise de manière courbée, penchée vers l'avant et ne pouvait rester droite. Elle était tombée deux fois pendant le mois courant à cause des douleurs dans les jambes, surtout dans le pli du genou gauche. Elle avait toutes ces douleurs depuis l'intervention chirurgicale (péridurale) de 1999. A l'occasion de l'expertise du Dr Z._____, elle avait été envoyée chez un radiologue à l'Hôpital C._____ qui lui avait demandé si elle avait eu un accident, parce que sa colonne vertébrale semblait être atteinte suite à un tel événement. En ce qui concerne sa formation, elle avait fait sept ans d'école primaire en France et partiellement au Portugal. Elle n'avait pas de formation professionnelle. Entre 1995 et 1999, elle avait travaillé dans un restaurant (self-service) de [...] et une cantine, au buffet, comme caissière, au service et à la plonge. Avant elle avait aussi travaillé dans les vignes. Son gynécologue, le Dr B._____, l'avait vue après sa sortie de l'hôpital en 1999. La voyant boiter, il avait dit que cela n'était pas normal, car auparavant elle ne boitait pas. Il n'avait pas fait d'autres remarques particulières. La recourante a encore indiqué les médicaments qu'elle prenait, prescrits par le Dr M._____. Elle n'avait jamais consulté de psychiatre.

Le témoin A.H._____ a expliqué ce qui suit :

« Je suis le fils de la recourante. Ma mère a de graves problèmes. Son état de santé n'est pas très bon. Elle a des problèmes au dos et aux jambes, parfois elle perd la force et l'équilibre. Pour cette raison, il faut [être] à côté d'elle pour la retenir et éviter qu'elle tombe. Tout cela s'est déclaré au moment de son opération, j'avais une quinzaine d'années. Cela pourrait correspondre à 1999. Je travaille de nuit, notamment à cause de ma mère. C'est aussi à cause de mes enfants. Ma mère sait qu'elle peut m'appeler à n'importe quel moment. Je quitte

la maison vers 15h45. On a toujours peur et on accompagne toujours ma mère, que ce soit moi ou ma femme, voire mon père (le weekend). Cette situation dure depuis 1999. Dernièrement, il y a environ deux semaines, ma mère a eu de grosses douleurs en se douchant. Elle est tombée. Cela s'est déjà produit avant plusieurs fois, entre une à deux fois par mois et cela depuis 1999.

On a fait des investigations médicales mais les médecins consultés ne nous ont pas donné de véritables résultats.

Côté professionnel, ma mère s'occupait du buffet du restaurant. Les choses n'étaient pas pareilles tous les jours (fruits et légumes de saison par ex ; rangement et la caisse). Il fallait certaines connaissances pour cela. Elle devait parfois fermer le restaurant. Je m'en souviens car j'aidais parfois ma mère à ranger les tables et j'avais alors droit à un petit repas de temps en temps. Une fois par semaine, il y avait les nocturnes jusqu'à 21 heures.

Je ne pense pas que ma mère aurait pu mener seule la procédure et la demande AI jusqu'à maintenant. Elle avait besoin de l'aide de personnes spécialisées, surtout parce qu'elle n'a pas de formation spécifique. Moi-même, cela me dépasse aussi.

Sur le plan psychologique, ma mère est aussi un peu déprimée. Il y a certaines choses qu'elle n'arrive plus à faire, on la retrouve parfois en pleurs et on doit la consoler. Cela dure depuis six à sept ans. Parfois, quand elle a ses grandes douleurs, elle a le moral en bas, elle reste bloquée au lit parce qu'elle a mal et, à cause de cela, elle déprime. Grâce aux petits-enfants, elle retrouve un peu de joie de vivre. Elle prend du Cipralex, comme anti-dépresseur depuis 4 ans sauf erreur. Elle prend aussi des anti-douleurs, notamment de l'Olfen. »

La témoin B.H. _____ a déclaré ce qui suit :

« Je suis la belle-fille de la recourante.

J'ai toujours connu ma belle-mère dans cet état de santé. Cela fait sept ou huit ans que je la connais. Maintenant, depuis quatre à cinq ans, elle déprime en plus. Ce qui la déprime le plus, c'est de ne plus pouvoir faire les choses elle-même. Elle a besoin d'aide par exemple pour aller se laver, il faut que quelqu'un soit présent s'il y a un accident. Mais elle peut se laver elle-même.

Physiquement, elle a mal au dos, aux jambes. J'ai peur qu'elle glisse et qu'elle se fasse mal en tombant. Elle a comme des chocs électriques dans les jambes et dans les bras et perd la force. La situation n'a fait que s'aggraver depuis quatre-cinq ans.

Au début que je l'ai connue, elle prenait des médicaments et les douleurs passaient. Elle s'allongeait et cela s'améliorait. Mais maintenant, ce n'est plus le cas, elle doit prendre des médicaments plus forts. La douleur passe avec ces médicaments. »

b) Suite aux délibérations de la Cour, celle-ci a imparti à la recourante, selon sa demande, un délai pour présenter un document médical d'un spécialiste qu'elle allait prochainement consulter. Ce document, rédigé en date du 4 septembre 2013 par le Dr V. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et spécialiste de la colonne vertébrale, et adressé au mandataire de la recourante, a été produit dans le délai prolongé au 17 septembre 2013. Ce médecin y a retenu ce qui suit :

« Je vous remercie de m'avoir confié le dossier médico-asséculo-logique de [la recourante]. Je l'ai examinée et ai fait réaliser un bilan radiographique et par imagerie par résonance magnétique du rachis.

La patiente m'autorise à vous transmettre les données suivantes.

Le diagnostic s'énonce ainsi :

Scoliose dextroconvexe avec maladie discale dégénérative pluriétagée ; Maladie discale dégénérative de la charnière TH 11/TH 12 avec hernie discale dans le plateau ; rétrolisthésis de L1 sur L2 avec protrusion discale ; Maladie discale dégénérative L4/L5 avec protrusion discale ; Maladie de Bastrup. »

Dans son mémoire du 17 septembre 2013, la recourante a noté que l'appréciation du Dr V._____ soulevait des troubles somatiques jusque-là ignorés, en particulier par le dernier rapport du Dr Z._____ du 20 juin 2005, qu'elle estimait aujourd'hui largement obsolète. Selon elle, l'appréciation devait être complétée par une expertise « en bonne et due forme ordonnée par votre autorité ». Interrogé par son mandataire, le Dr V._____ avait confirmé verbalement que le cumul des diverses atteintes réduisait sensiblement sa capacité de travail. Il était d'après elle manifeste que son état de santé s'était dégradé entre juin 2005, date de l'expertise, et mai 2011, date de la décision dont est recours. L'OAI n'avait pas instruit cet aspect du dossier qui devait faire l'objet d'une nouvelle expertise. Par ailleurs, le Dr V._____ avait également indiqué avoir décelé des séquelles à ses jambes, qu'il était en train d'investiguer, raison pour laquelle une nouvelle prolongation de délai d'un mois au 17 octobre 2013 était requise, afin de permettre « ce complément d'instruction par nos soins ».

Le mémoire du 17 septembre 2013 et l'écriture du Dr V._____ du 4 septembre 2013 ont été transmis à l'OAI pour déterminations. Ce dernier a déclaré par mémoire du 21 octobre 2013 que les arguments développés n'étaient pas de nature à remettre en cause le bien-fondé de sa décision. L'appréciation du Dr V._____ n'était selon lui pas suffisamment étayée et pas susceptible de mettre en doute les conclusions de l'expertise du Dr Z._____. Une expertise judiciaire ne leur semblait pas nécessaire.

Invité à déposer des déterminations pour la recourante d'ici au 14 novembre 2013, Me Duc a déclaré, par mémoire du 1^{er} novembre

2013, qu'il n'était plus le mandataire de cette dernière ; il a remis par la même occasion une liste de ses opérations.

Par écriture du 13 novembre 2013, Me Etienne J. Patrocle a informé la Cour qu'il reprenait la défense des intérêts de la recourante à partir du 1^{er} novembre 2013. Il demandait le transfert du bénéfice de l'assistance judiciaire à son nom. Par ailleurs, il s'est prononcé sur les déterminations de l'OAI du 21 octobre 2013. Aucun des rapports médicaux de l'OAI, et en particulier l'expertise du Dr Z._____, ne relevaient les atteintes décelées par le Dr V._____, atteintes qui objectivaient selon lui clairement les douleurs de la recourante. Cette objectivation contredisait les signes de non organicité de Wadell qu'avait trouvés le Dr Z._____. Le Dr V._____ était disposé à se présenter devant le Tribunal de céans pour étayer ses propos, en particulier en quoi son opinion divergeait de celle du Dr Z._____, notamment sur l'effet invalidant du cumul des différentes atteintes de la recourante. En conséquence, il a demandé la convocation pour audition du Dr V._____. Alternativement, il a requis la mise en œuvre d'une expertise par un rhumatologue, tout en proposant le Dr V._____ à cet effet.

Le Tribunal a statué par voie de circulation. Dans la mesure utile, les arguments des parties seront repris ci-après.

E n d r o i t :

1. Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des

exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) qui prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD et art. 83b LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]).

a) Interjeté en temps utile et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 60 et 61 let. b LPGA), le recours dans la cause AI 192/11 (refus de prestations AI) est sans autre recevable. L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) Dans la cause AI 114/11, la recourante se plaint du refus de l'assistance gratuite d'un conseil juridique. Ce refus de l'OAI constitue une décision d'ordonnancement contre laquelle la voie d'opposition n'est pas ouverte déjà en vertu de l'art. 52 al. 1 LPGA. Interjeté dans le délai légal de trente jours auprès du tribunal compétent, le présent recours, qui respecte également les autres conditions de forme prévues par la loi, est en principe également recevable (cf. notamment art. 69 al. 1 let. a LAI, art. 60 al. 1 et 61 let. b LPGA ; ATF 131 V 153 consid. 1).

Lorsque l'OAI refuse par une décision distincte d'octroyer l'assistance juridique, il rend une décision incidente. Une telle décision peut être attaquée directement devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, si elle est de nature à causer un préjudice irréparable au sens de l'art. 74 al. 4 let. a LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD. Un préjudice irréparable est en principe admis lorsque l'assistance gratuite par un conseil juridique est refusée (cf. en droit fédéral, le régime analogue de l'art. 93 al. 1 let. a LTF [loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110] et à ce propos : ATF 133 IV 335 consid. 4 ; 9C_628/2013 du 14 janvier 2014 consid. 1 ; 9C_674/2011 du 3 août 2012 consid. 2 ; 8C_422/2009 du 30 novembre 2009 consid. 1.2 ;

CORBOZ/WURZBURGER/ FERRARI/FRÉSARD/AUBRY GIRARDIN, Commentaire de la LTF, Berne 2009, n° 17 ad art. 93 et les références citées).

Cependant, les conditions de recevabilité ne doivent en principe pas seulement être remplies au moment du dépôt du recours, mais aussi par la suite, jusqu'au jugement (cf. en droit fédéral : ATF 131 II 670 consid. 1.2 ; 118 Ib 145 consid. 2b et 5). On pourrait donc se demander s'il y a encore un risque de préjudice irréparable au sens de l'art. 74 al. 4 let. a LPA-VD, lorsque l'intimé a entre-temps rendu, comme en l'espèce le 24 mai 2011, une décision finale. L'assuré ne court alors plus le risque de ne pas pouvoir faire valoir ses droits en procédure administrative à cause du refus de l'assistance juridique (cf. ATF 139 V 600 consid. 2.3 ; 133 V 645 consid. 2.2 ; TF 9C_1071/2009 du 2 février 2010 consid. 1.2). A tout le moins, il pourrait faire valoir dans le cadre de la procédure de recours contre la décision finale une éventuelle violation de son droit à l'assistance judiciaire pour la procédure administrative (ou assistance juridique gratuite). Se pose alors également la question de savoir comment il faut procéder, lorsque l'assuré interjette, comme en l'espèce (cause AI 192/11), également un recours contre la décision finale, sans y soulever de grief au sujet de la décision incidente, respectivement du refus de l'assistance juridique gratuite. Ces questions souffrent toutefois de rester indécisées en l'espèce pour les raisons qui seront exposées par la suite.

c) Dans les cas prévus à l'article 74 al. 4 LPA-VD, notamment les décisions incidentes portant sur l'octroi de l'assistance juridique gratuite, la Cour statue à trois juges aussi sur les recours contre lesdites décisions lorsqu'elles sont notifiées séparément, étant donné qu'en l'espèce elle doit ou devrait également statuer à trois juges sur un recours contre la décision finale portant sur l'octroi ou le refus d'une rente ou de mesures professionnelles (cf. art. 83c LOJV, art. 94 al. 1 et 4 LPA-VD, art. 37 al. 4 ROTC [règlement organique du Tribunal cantonal du 13 novembre 2007, RSV 173.31.1]).

d) Vu notamment que les parties sont les mêmes dans les deux causes AI 114/11 et AI 192/11, qu'il y a un lien matériel entre ces causes et qu'elles ont donné lieu à des débats publics communs, il convient de joindre ces causes d'office et de les traiter ainsi dans un seul arrêt (cf. art. 24 al. 1 LPA-VD).

2. Dans la cause AI 192/11, est litigieux le point de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'AI.

a) aa) Est réputée incapacité de travail, en vertu de l'art. 6 LPGA, toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, 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 constitue une incapacité de gain, 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.

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle, qui est présumée permanente ou de longue durée.

A teneur de l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

bb) En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, aux trois quarts d'une rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

L'évaluation du taux d'invalidité est effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors de l'examen du droit d'un assuré à des prestations : la méthode générale de la comparaison des revenus de valide et d'invalide pour un assuré qui, sans atteinte à la santé, exercerait une activité lucrative à temps complet (art. 28a al. 1 LAI, ou l'ancien art. 28 al. 2 LAI [RO 2003 3837, 3852], en corrélation avec l'art. 16 LPGa ; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4), la méthode spécifique pour un assuré qui n'exerce pas, respectivement ne compte pas exercer une activité lucrative, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (art. 28a al. 2 LAI ou l'ancien art. 28 al. 2bis LAI [RO 2003 précité] ; cf. ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et la méthode mixte pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (art. 28a al. 3 LAI ou l'ancien art. 28 al. 2ter LAI [RO 2003 précité] ; cf. ATF 137 V 334 ; 130 V 393 ; 125 V 146). Les méthodes spécifiques et mixtes nécessitent notamment la réalisation d'une enquête économique de ménage pour établir l'empêchement éventuel de l'assuré à effectuer ses travaux habituels.

cc) Certes, depuis le dépôt de la demande en 2000, la LPGa est entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2003, et la LAI a été modifiée (4^e et 5^e révision AI). Pour l'essentiel, cela n'a toutefois pas modifié matériellement ce qui est exposé ci-dessus (cf. aussi Ulrich MEYER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 2^e éd., Zurich/Bâle/Genève 2010, ad art. 1 LAI pp. 1 s., ad art. 28 LAI pp. 278 s., ad art. 29 LAI p. 361). Dans la mesure où les changements de loi en question ont effectivement des répercussions en l'espèce et qu'il s'agit d'appliquer, selon le droit intertemporel, des règles aujourd'hui plus en vigueur, les précisions utiles à ce sujet seront exposées par la suite.

b) Pour l'évaluation de la capacité de travail, 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 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF 9C_794/2012 du 4 mars 2013 consid. 2.1) ; cela vaut aussi pour l'enquête économique susmentionnée qui ne peut être réalisée sans connaissance précise de l'état de santé.

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C_667/2012 du 16 novembre 2012 consid. 4.1). En ce qui concerne, par ailleurs, la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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. 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 ; 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 9C_66/2013 du 1^{er} juillet 2013 consid. 4). S'agissant enfin des rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 9C_31/2010 du 28 septembre 2010 consid. 3).

c) Le mandataire de la recourante fait en premier lieu valoir, sans donner de précisions ou citer de documents dans son acte de recours, que des troubles somatiques importants ont été diagnostiqués chez elle dans de nombreux rapports. Il poursuit en déclarant : « Or, depuis 2005, le status somatique de la recourante n'a plus été examiné, alors que sa symptomatologie s'est sensiblement détériorée rendant l'ensemble de ces évaluations obsolètes et justifiant la mise en œuvre d'une nouvelle expertise ». Il affirme que des aggravations n'avaient pas manqué de survenir pendant la longue période de la procédure administrative.

d) Sur le plan psychique, l'OAI a mis en œuvre, suite au renvoi de la cause par le jugement du TAss du 30 septembre 2008 (cause AI 280/07 ; cf. supra let. Ah), une deuxième expertise, auprès du Dr X._____. Le rapport d'expertise de ce médecin, du 13 novembre 2009, remplit tous les critères évoqués ci-dessus au considérant 2b pour se voir accorder pleine valeur probante. La recourante n'a, du reste, à aucun moment formulé de critiques à l'encontre de cette expertise. Elle a déclaré elle-même encore, lors des débats publics, qu'elle n'était pas suivie par un psychiatre, bien que, selon ses déclarations, elle prenne quotidiennement un antidépresseur (Cipralex), comme l'avait déjà préconisé l'expert Dr Z._____ (p. 10 de son rapport d'expertise du 20 juin 2005). La prise d'un anti-dépresseur ne remet pas en question les conclusions de l'expert Dr X._____ selon lesquelles la recourante ne souffre pas de problèmes psychiatriques ayant des répercussions sur sa capacité de travail. D'ailleurs, le TF avait déjà retenu, dans son arrêt du 7 janvier 2008 (cause I 127/07 consid. 5.2.2), qu'il ressortait clairement du rapport d'expertise

du Dr Z._____ - bien qu'il y recommandât la prise d'un anti-dépresseur - , que la recourante ne souffrait pas d'une affection psychiatrique invalidante.

Il n'y a donc pas lieu de revenir en détail sur l'appréciation psychiatrique et la Cour de céans retient, au vu de ce qui précède, qu'il n'y a effectivement pas d'affection psychiatrique invalidante chez la recourante. Pour le surplus, il peut être renvoyé au rapport d'expertise complet et dûment motivé du Dr X._____.

e) Sur le plan somatique, la situation se présente comme suit :

aa) A l'occasion de son recours du 16 juillet 2007 contre la décision sur opposition de l'OAI du 11 juillet 2007 (cause du TAss AI 280/07), la recourante avait encore fait valoir que l'expert Dr Z._____ avait été « trop optimiste » en estimant sa capacité de travail à 80 % dans l'activité habituelle. Pour le reste, elle avait interprété l'expertise de ce médecin dans le sens qu'il admettait une incapacité de travail de 100 % du 5 mars 1999 jusqu'à la date de l'examen du 16 mai 2005.

Dans son jugement du 30 septembre 2008 (AI 280/07 consid. 4b), le TAss avait toutefois retenu que la recourante ne pouvait être suivie lorsqu'elle faisait valoir que l'ensemble du dossier attestait d'une incapacité de travail totale de mars 1999 à juin 2005. En réalité, seul le Dr M._____ avait attesté d'une telle incapacité, la Dresse P._____ ayant relevé dans son rapport du 10 septembre 2001 « une nette amélioration » ensuite du traitement par physiothérapie, la recourante étant alors apte, selon ce médecin, à exercer une activité adaptée sans diminution de rendement. Partant, les troubles somatiques présentés par la recourante ne savaient à eux seuls justifier l'octroi de prestations de l'AI.

Dans son présent recours AI 192/11, la recourante n'a pas remis en question l'appréciation du Dr Z._____, qui a retenu une capacité de travail entière sans diminution de rendement dans une activité adaptée. Le TF avait, par ailleurs, déjà retenu dans son arrêt

précité du 7 janvier 2008 (cause I 127/07 consid. 5.2.2), se référant à l'expertise de ce spécialiste, que l'atteinte somatique n'empêchait pas la recourante d'exercer une activité adaptée à plein temps. En outre, compte tenu des critères évoqués ci-dessus au considérant 2b, il peut être conféré pleine valeur probante au rapport d'expertise du Dr Z._____ du 20 juin 2005, dont les conclusions sont propres à emporter la conviction. Son rapport contient notamment une anamnèse complète et une description du contexte médical, discute l'appréciation divergente du Dr M._____, présente une appréciation claire de la situation médicale et l'expert motive dûment ses conclusions.

Certes, dans le tout dernier mémoire de Me Patrocle du 13 novembre 2013, la recourante laisse entendre que l'appréciation du Dr V._____ pourrait diverger sur des périodes déjà prises en compte par le Dr Z._____. On peut toutefois s'étonner d'un tel revirement dans l'argumentation de la recourante qui, depuis la fin des procédures judiciaires susmentionnées (TAss AI 280/07 et TF I 127/07), s'était contentée, du point de vue somatique, de faire valoir que c'était après l'examen en mai 2005 par l'expert Dr Z._____ que sa symptomatologie s'était détériorée (cf. notamment ses objections formulées le 23 septembre 2010 contre le projet de décision de l'OAI et l'acte de recours du 24 juin 2011). Indépendamment du fait qu'il ne peut être reconnu une pleine valeur probante à l'écriture très succincte du Dr V._____ du 4 septembre 2013, celle-ci ne saurait en tout cas soulever des doutes quant à l'appréciation du Dr Z._____ ou présenter des indices concrets à l'encontre de la fiabilité de son expertise (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Le Dr V._____ ne dit même pas que son appréciation porte aussi sur la période jusqu'à mai 2005. Il ne discute pas non plus l'appréciation du Dr Z._____, ne motive d'aucune manière ses diagnostics et ne se prononce pas du tout sur la capacité de travail ou les limitations fonctionnelles. Par ailleurs, il n'y a pas de droit inconditionnel à une deuxième ou troisième expertise, respectivement à une surexpertise, lorsque le tribunal confère, comme en l'espèce pour celle du Dr Z._____, pleine valeur probante à une expertise médicale et que rien n'impose des réserves quand à cette expertise. Dans cette mesure, il n'y a pas non plus

lieu de convoquer les Drs V._____ et M._____ pour audition ou de confier au Dr V._____ l'élaboration d'une nouvelle expertise. Après l'audience de jugement, le Tribunal de céans a octroyé à la recourante, à sa demande, un délai pour présenter un document médical d'un spécialiste qu'elle allait consulter. Si la recourante comptait remettre en question l'appréciation du Dr Z._____, elle aurait dû se prononcer au plus tard à cette occasion de manière circonstanciée, respectivement avec un document médical idoine. Mais ni dans ce délai, ni dans celui imparti au 14 novembre 2013 suite aux déterminations de l'intimé sur le rapport du Dr V._____, elle n'a su soulever de sérieux doutes ou des indices concrets à l'encontre de l'expertise du Dr Z._____. Pour cette raison, la Cour de céans se base sur les conclusions de cet expert.

A ce sujet, il n'y a pas non plus lieu d'entendre le gynécologue de la recourante, Dr B._____. Selon les explications de la recourante, ce médecin aurait uniquement constaté un boitement inhabituel depuis l'opération de 1999, mais n'a pas fait d'autres constatations. Le Dr Z._____ et l'OAI ont toutefois admis un handicap de la recourante, notamment dans la démarche, puisqu'ils ont admis des limitations fonctionnelles.

bb) L'expert Dr Z._____ n'a toutefois plus réexaminé la recourante après le mois de mai 2005. Cette dernière a fait valoir, à l'occasion de ses objections en septembre 2010, une aggravation de son état de santé depuis. L'intimé avait alors admis qu'il y avait lieu d'actualiser ses informations sur le plan somatique (cf. avis juriste de l'OAI du 4 octobre 2010). Il s'est résolu à demander un nouveau rapport au médecin traitant de l'époque, le Dr M._____. Ce médecin a répondu de manière laconique, sans aucune autre déclaration, qu'il n'y avait pas de changement depuis son rapport de 2004 (réponse du 8 avril 2011). Cette réponse du médecin n'a par ailleurs été transmise à la recourante, respectivement à son mandataire, qu'après que l'OAI ait rendu la décision du 24 mai 2011 dont est litige. La recourante n'avait donc pas eu l'occasion de se déterminer ou d'apporter des précisions sur la réponse du Dr M._____. L'OAI n'a pas procédé à d'autres investigations.

En l'espèce, cette manière de procéder de la part de l'OAI apparaissait insuffisante. Certes, l'OAI a estimé qu'il fallait instruire le point de savoir s'il y avait une aggravation sur le plan somatique depuis l'examen réalisé le 16 mai 2005 par le Dr Z._____. Cependant, il ne pouvait alors se contenter de la réponse du Dr M._____ du 8 avril 2011. En effet, le SMR avait déclaré, dans son avis du 28 février 2005, que le rapport du Dr M._____ de 2004 ne paraissait pas convaincant, raison pour laquelle un autre médecin, le Dr Z._____, avait par la suite été mandaté par l'OAI. Il est donc étonnant que l'intimé et le SMR se contentent par la suite de ne contacter que le Dr M._____ pour savoir s'il y a eu une aggravation. Par ailleurs, ce médecin a renvoyé à son rapport de 2004, qui attestait précisément une incapacité de travail. L'OAI ne comptait cependant pas suivre cette appréciation. Vu l'attitude de l'OAI par rapport au précédent rapport de 2004 du Dr M._____, on peut encore se demander si la réponse laconique de ce médecin du 8 avril 2011 ne ressemblait pas plus à un mouvement d'humeur, celui-ci n'ayant pas envie de remplir le formulaire pour l'OAI. En tout les cas, on ne peut pas concéder de valeur probante à la déclaration lapidaire du Dr M._____ du 8 avril 2011 pour en conclure au degré de la vraisemblance prépondérante qu'il n'y a pas eu d'aggravation sur le plan somatique depuis mai 2005. A cela s'ajoute que le Dr V._____ a posé de nouveaux diagnostics selon son écriture du 4 septembre 2013. Même si cette écriture ne remplit pas non plus les critères pour se voir reconnaître une valeur probante, il n'empêche qu'une instruction de la situation somatique après l'examen par le Dr Z._____ reste nécessaire, faute de document médical ayant valeur probante depuis ledit examen.

cc) On pourrait toutefois encore se poser la question de savoir si ce n'était pas à la recourante, en vertu de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), d'établir de façon plausible que son état de santé s'est modifié depuis l'expertise du Dr Z._____ de manière à influencer ses droits. En principe, cette disposition concerne les nouvelles demandes déposées après l'entrée en force d'une décision portant sur l'octroi ou non de prestations

AI, ce qui n'est pas le cas en l'espèce. Pour le reste, l'OAI n'aurait pas respecté la procédure, s'il fallait appliquer les art. 86 ss RAI concernant la révision de décisions en AI. D'une part, l'intimé n'aurait pas rendu la recourante attentive au fait qu'elle aurait dû rendre plausible une aggravation de sa santé, ni imparti un délai pour y remédier en l'avertissant des conséquences juridiques (cf. art. 43 al. 3 LPGA). D'autre part, l'OAI n'aurait pas rendu selon l'art. 73bis RAI, applicable par analogie selon l'art. 76 al. 2 RAI, de préavis sur la demande concernant l'aggravation sur lequel la recourante aurait pu se prononcer. L'OAI n'a même pas communiqué la réponse du Dr M. _____ du 8 avril 2011 avant de rendre la décision litigieuse, et son projet de décision du 20 août 2010 ne mentionne pas encore une éventuelle aggravation après mai 2005, voire une demande à ce sujet ; ce n'est qu'après ce projet que la problématique d'une éventuelle aggravation a été soulevée. Par ailleurs, la recourante a finalement produit en cours de procédure judiciaire un document du Dr V. _____ du 4 septembre 2013, qui suffirait à rendre une éventuelle aggravation plausible. Comme exposé, l'OAI ne l'avait auparavant pas rendue attentive au sujet d'un tel devoir. En définitive, on ne peut en tout les cas pas reprocher à la recourante de ne pas avoir rendu plausible une aggravation de son état de santé après l'expertise du Dr Z. _____. Pour le reste, l'OAI est, sans autre, entrée en matière, lorsque la recourante a fait valoir une aggravation.

Toutefois, la recourante ne peut faire valoir de droits à des prestations suite à une éventuelle aggravation que dès septembre 2010, voire pour une rente seulement six mois après, donc dès le 1^{er} mars 2011 (cf. art. 29 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). En effet, elle n'a indiqué pour la première fois que « sa symptomatologie [s'était] sensiblement détériorée » qu'à l'occasion de ses objections en septembre 2010 contre le projet de décision du 20 août 2010. La recourante connaissait la teneur de l'expertise du Dr Z. _____ de juin 2005. L'OAI avait par ailleurs rendu une première décision sur cette base. De plus, comme déjà exposé, le TF avait retenu dans son arrêt du 7 janvier 2008 (cause I 127/07 consid. 5.2.2) qu'il ressortait clairement de cette expertise que l'atteinte somatique n'empêchait pas la recourante

d'exercer une activité adaptée à plein temps. Il en va de même de l'arrêt du TAss du 30 septembre 2008 (cause AI 280/07), rendu suite à une première décision de l'OAI. Le renvoi de la cause par le TAss à cet office pour nouvelle instruction ne concernait que la partie psychiatrique qui n'avait pas été instruite. Si la recourante comptait donc invoquer une aggravation au niveau somatique par rapport aux constatations du Dr Z._____ et à qui avait été retenu par la suite par l'OAI et les tribunaux, elle devait l'annoncer à l'OAI le plus tôt possible. En conséquence, elle ne peut faire valoir de droits pour des périodes précédant l'annonce de l'aggravation en septembre 2010. Cette conséquence correspond à la situation qui prévaut (depuis le 1^{er} janvier 2008) pour les premières demandes, tout comme pour toute nouvelle demande invoquant une aggravation. Au vu de ce qui précède, il n'y a pas de raison de traiter le cas présent d'une autre manière.

dd) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait ; ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2).

Au vu des circonstances du cas d'espèce, il apparaît justifié de renvoyer le dossier à l'OAI pour qu'il en complète l'instruction avec volet rhumatologique et orthopédique, soit en mettant en œuvre une nouvelle expertise somatique selon l'art. 44 LPGA, soit en procédant (dans un

premier temps) à un examen par le SMR, dont les résultats pourraient être repris sans expertise externe, si les deux parties s'entendent sur le résultat de l'examen entrepris par le SMR. L'expertise pourra avoir lieu sous la forme d'un complément par le Dr Z._____, mais il faudra également qu'un spécialiste en orthopédie se prononce. L'expertise, respectivement l'examen du SMR, devront porter sur la question d'une aggravation depuis l'examen effectué par le Dr Z._____ en mai 2005, tout en se prononçant sur les diagnostics posés par le Dr V._____.

f) Concernant la conclusion de la recourante à la mise en œuvre d'une enquête ménagère, celle-ci doit être rejetée, étant donné que l'intimé a admis, à juste titre, que la recourante devait être considérée comme une personne exerçant, sans invalidité, une activité à plein temps. Une enquête ménagère n'a lieu d'être que pour les personnes qui, sans invalidité, ne compte pas exercer une activité lucrative à plein temps. La recourante avait déclaré que, par nécessité financière, elle travaillerait à plein temps, si elle le pouvait (déclaration du 19 juin 2000). Certes, elle pourrait par la suite avoir laissé entendre, dans sa réponse du 4 février 2011 aux questions de l'intimé, que dès avril 2009, même en bonne santé, elle n'aurait plus travaillé à plein temps. La réponse de la recourante n'était toutefois pas claire et elle n'a plus donné de précisions à ce sujet, malgré l'injonction de l'OAI du 21 avril 2011, comportant un avertissement conformément à l'art. 43 al. 3 LPGa. Lors des débats publics, elle ne s'est pas non plus prononcée à ce sujet, pas plus que dans ses écritures en procédure judiciaire, où elle s'est contentée de demander une enquête ménagère parce qu'elle était selon elle « sensiblement limitée dans la tenue de son ménage d'au moins 50 % ». Ce dernier argument n'est de plus pas décisif pour l'évaluation du taux d'invalidité d'une personne qui, sans atteinte à la santé, comptait travailler à 100 % dans une activité lucrative (cf. ci-dessus consid. 2a/bb). Les conclusions de l'intimé ne sont pas critiquables vu la situation économique inchangée de la recourante, qui aurait, sans invalidité supposée, continué à travailler à plein temps. Lorsque la recourante a, à quelques reprises, laissé entendre qu'elle ne travaillerait qu'à temps partiel, elle ne mentionnait que son mauvais état

de santé comme motif de réduction (cf. p.ex. son courrier du 8 mars 2004).

g) La recourante critique également l'évaluation de son préjudice économique, valeur déterminante pour la fixation du taux d'invalidité selon les art. 28a al. 1 LAI et 16 LPGA.

aa) D'une part, la recourante critique le taux d'abattement sur le salaire d'invalidé de 10 % reconnu par l'OAI. Selon elle, un abattement « d'au moins 25 % » se justifie, vu ses limitations fonctionnelles, son âge ainsi que son manque de formation.

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). La déduction sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative. Cette déduction ou abattement ne peut dépasser les 25 % selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral (ATF 134 V 322 ; 126 V 75 consid. 5b ; TF 9C_673/2010 du 31 mars 2011 consid. 4.1). De plus, l'étendue de cet abattement constitue une question relevant du pouvoir d'appréciation de l'administration. Lorsque la juridiction cantonale examine l'usage qu'a fait l'administration de ce pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, elle doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé (mais limité à 25 %) serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71 consid. 5.2 *in fine* et les références citées).

En l'espèce, il convient d'observer que les limitations fonctionnelles affectant la recourante ont déjà été prises en compte dans le taux d'activité de 100 % et le genre d'activité estimé adapté à celles-ci.

Dans la mesure où cela pourrait jouer un rôle, il sied de relever que la requérante maîtrise sans problèmes le français ; elle a même suivi la majeure partie de sa scolarité en France (cf. par ailleurs : ATF 107 V 17 consid. 2c ; TF 9C_382/2007 du 13 novembre 2007 consid. 4.3 ; TFA I 805/2005 du 30 novembre 2006 consid. 5.2 et 5.3). En tant que ressortissante d'un Etat de l'Union européenne qui vit déjà en Suisse depuis de nombreuses années, son statut d'étrangère n'est pas précaire pour exercer une activité lucrative (cf. notamment art. 6 ss annexe I de l'Accord sur la libre circulation des personnes [ALCP]). Durant la période où elle était active professionnellement, la requérante a œuvré dans différents domaines et pour différents employeurs. Son âge n'est pas à un point aussi avancé qu'elle soit proche de l'âge de la retraite. En 2000, date du dépôt de sa demande de prestations AI, elle n'avait même pas encore 40 ans et au moment de la décision litigieuse elle n'avait pas atteint 50 ans. Par ailleurs, le Tribunal fédéral a considéré que la courbe de salaire avait tendance à se stabiliser avec l'âge, mais que l'âge n'entraînait généralement pas de baisse de salaire dans la catégorie d'activités simples, notamment à l'âge de la requérante (cf. VSI 1999 p. 251 ; TF 9C_130/2010 du 14 avril 2010 consid. 3.3.3). Quant aux limitations fonctionnelles retenues par le Dr Z._____, celles-ci permettent toujours l'exercice de diverses activités adaptées simples, dans lesquelles ces limitations ne présentent pas d'obstructions majeures. Il en va de même du manque de formation de la requérante. Au vu du contexte personnel et professionnel de cette dernière, la déduction d'un abattement supérieur aux 10 % admis par l'OAI ne s'impose donc pour aucun motif pertinent.

Ce qui précède ne vaut bien entendu que pour la situation médicale décrite par les expertises des Drs Z._____ et X._____. Au cas où une aggravation devait être constatée pour des périodes postérieures (cf. supra consid. 2e), avec notamment de nouvelles limitations fonctionnelles, une nouvelle appréciation du taux d'abattement devra être opérée par l'OAI pour lesdites périodes.

bb) La requérante estime, d'autre part, que le revenu de valide retenu par l'OAI est trop bas. Elle est d'avis qu'elle aurait pu

prétendre en 2000, comme employée de buffet, à un salaire mensuel d'au moins 4'578 fr., respectivement un salaire annuel de 57'408 fr., et non pas de 41'860 fr., comme retenu par l'OAI. Elle fait valoir qu'elle avait acquis une certaine qualification spécialisée pour son activité justifiant le salaire plus élevé.

Dans son résultat, ce grief est infondé. Comme l'a observé l'OAI, le revenu annuel selon les statistiques de l'Enquête suisse sur la santé (ci-après : ESS) dans la branche de l'hôtellerie et de la restauration s'élevait en 2000 à 39'011 fr. (= 3'111 fr. : 40 h x 41.8 h x 12 mois), voire avec un 13^e salaire à 42'262 francs. Il ne peut être question que la recourante, qui n'a pas de formation, soit considérée comme personne avec une qualification spécialisée. Par ailleurs, cela ne faisait qu'environ 4 à 5 ans qu'elle travaillait dans le domaine, d'abord dans une cantine au service et à la plonge, puis un peu plus de deux ans dans le self-service d'un restaurant à la caisse et au buffet.

En retenant un salaire de valide de 41'860 fr. (13 mois x 3'220 fr.) sur la base des indications du dernier employeur (cf. supra let. Aa), l'OAI n'a donc pas violé la loi. Etant donné qu'il s'agissait du salaire de 1999, il convenait simplement de calculer l'évolution du salaire en 2000. Si toutefois l'on avait dû retenir un revenu de valide calculé sur la base des statistiques, cela n'aurait pas changé le fait que la recourante ne remplit pas les conditions d'octroi d'une rente (soit un minimum de 40 % de taux d'invalidité, cf. art. 28 LAI), ni de mesures professionnelles (soit un minimum d'environ 20 % de taux d'invalidité ; cf. ATF 124 V 108 consid. 2b ; TF 8C_36/2009 du 15 avril 2009 consid. 4). En effet, même en appliquant le salaire mensuel selon les statistiques ESS sur 13 mois (soit 42'262 fr.), le taux d'invalidité resterait largement inférieur aux limites précitées pour ouvrir un droit à des prestations. Dans le cas où il y aurait une aggravation de l'état de santé de la recourante après mai 2005, l'OAI devra naturellement procéder à un nouveau calcul pour la période alors en question.

3. Il s'agit enfin d'examiner en l'espèce si l'intimé a rejeté à juste titre, par sa décision du 10 mars 2011, la demande d'assistance gratuite par un avocat, déposée par la recourante au cours de la phase d'instruction administrative faisant suite au projet de décision de l'OAI du 20 août 2010 (cause AI 114/11). Dans la procédure administrative en matière d'assurances sociales, l'assistance gratuite d'un conseil juridique est accordée au demandeur lorsque les circonstances l'exigent (art. 37 al. 4 LPGA).

a) La recourante fait valoir que, contrairement à l'avis de l'intimé, les points litigieux sont complexes, non seulement en soi, mais surtout pour elle qui n'a pas les connaissances, ni la formation juridique nécessaire pour apprécier la portée des expertises et autres diagnostics, comprendre les analyses juridiques et formuler les arguments nécessaires à sa défense. Les troubles somatiques qui l'affectent seraient complexes et l'empêcheraient d'apporter un jugement serein sur son cas. Les calculs de salaire valide et invalide nécessiteraient des connaissances qu'un laïc comme elle ne possède pas, en particulier face aux spécialistes de l'OAI qui maîtrisent parfaitement ces concepts. Autrement dit, le minimum d'égalité exigé par l'art. 6 CEDH (Convention du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, RS 0.101) requerrait que la recourante soit aidée dans la procédure administrative. L'argument, « constamment ressassé » selon ses mots, qu'elle pourrait obtenir l'aide d'autres spécialistes serait « vain ». D'une part, l'OAI ne démontre pas qu'elle y aurait accès. D'autre part, on ne verrait pas en quoi ces autres spécialistes seraient mieux à même que son mandataire pour l'assister. Au contraire, ils seraient souvent « bien moins armés » qu'un avocat pour rendre justice aux assurés. Ledit argument constituerait aussi une discrimination anticonstitutionnelle contre les avocats, car elle pousserait les assurés à choisir d'autres spécialistes que les avocats. Ce faisant, l'OAI interviendrait dans la libre concurrence entre fournisseurs de services et leur liberté commerciale, faussant les règles du marché. Finalement, l'OAI voudrait ainsi s'épargner les frais d'une assistance juridique gratuite et prétendument protéger la communauté des assurés ; or, cette mesure, vue globalement, n'aurait aucun impact

économique pour la communauté des assurés, puisqu'elle constitue simplement un report de charge sur une autre catégorie sociale, savoir la personne de confiance ou l'aide sociale qui doit supporter les coûts d'une aide au requérant.

b) La recourante remarque, à juste titre, que le litige sur le droit éventuel à une rente d'invalidité a une portée considérable pour elle (cf. TFA 9C_105/2007 du 13 novembre 2007 consid. 3.1 avec références). Cette constatation à elle seule ne permet toutefois pas encore de reconnaître un droit à l'assistance gratuite par un avocat.

Avec l'art. 37 al. 4 LPGA, le législateur a introduit une réglementation légale de l'assistance juridique dans la procédure administrative (ATF 131 V 153 consid. 3.1 ; TF 9C_674/2011 du 3 août 2012 consid. 3.1 ; TFA I 676/04 du 30 mars 2006 consid. 6.1 ; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 2^e éd., Zurich 2009, n° 22 ad art. 37 LPGA). La jurisprudence y relative rendue dans le cadre de l'art. 4 aCst (ancienne Constitution fédérale de 1874), respectivement de l'art. 29 al. 3 Cst (actuelle Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, RS 101), sur les conditions de l'assistance judiciaire en procédure d'opposition - soit la partie est dans le besoin, les conclusions ne sont pas dépourvues de toute chance de succès et l'assistance est objectivement indiquée d'après les circonstances concrètes (ATF 132 V 200 consid. 4.1 ; 125 V 32 consid. 2 et les références ; TFA I 676/04 précité consid. 6.2 et les références) - continue de s'appliquer, conformément à la volonté du législateur (TF 9C_674/2011 précité consid. 3.1 ; 9C_105/2007 précité consid. 1.2 ; FF 1999 4242).

Le point de savoir si les conditions de l'assistance par un avocat sont réalisées doit être examiné à l'aune de critères plus sévères dans la procédure administrative que dans la procédure judiciaire. En effet, l'art. 61 let. f LPGA, applicable à la procédure judiciaire, parle d'accorder l'assistance judiciaire gratuite lorsque les circonstances le "justifient", tandis que l'art. 37 al. 4 LPGA, applicable à la procédure administrative, parle d'accorder l'assistance gratuite d'un conseil juridique

lorsque les circonstances "l'exigent". Il s'agit d'un choix délibéré du législateur (TF 9C_486/2013 du 2 décembre 2013 consid. 3.2.3 [non publié in ATF 139 V 600] ; TFA I 674/04 précité consid. 6.2 et les références ; KIESER, *op. cit.*, n° 22 ad art. 37 LPGA).

Ainsi, l'assistance d'un avocat pendant la procédure administrative s'impose, respectivement est exigée selon l'art. 37 al. 4 LPGA, uniquement dans les cas exceptionnels où des questions de droit ou de fait difficiles rendent l'assistance par un avocat apparemment nécessaire et qu'une assistance par le représentant d'une association, par un assistant social ou d'autres professionnels ou personnes de confiance d'institutions sociales n'entre pas en considération (ATF 132 V 200 consid. 4.1 et les références). A cet égard, il y a lieu de tenir compte du cas d'espèce, de la particularité des règles de procédure applicables, ainsi que des spécificités de la procédure administrative en cours. Si la procédure en cause présente des risques importants pour la situation juridique de l'intéressé, l'assistance gratuite d'un défenseur est en principe accordée. Sans cela, elle ne le sera que si, à la difficulté relative de l'affaire, s'ajoutent des problèmes de fait ou de droit auxquels le requérant ne pourrait faire face seul ou avec l'aide d'une autre personne (ATF 130 I 180 consid. 2.2 et les références ; 125 V 32 consid. 4 ; TFA I 676/04 précité consid. 6.2). Il faut mentionner, en plus de la complexité des questions de droit et de l'état de fait, les circonstances qui tiennent à la personne concernée, comme sa capacité à s'orienter dans une procédure (ATF 132 V 200 consid. 4.1 et les références ; TF 9C_674/2011 précité consid. 3.2). Les seuls motifs que l'intéressé ne maîtrise pas ou mal la langue de procédure et ne dispose d'aucune qualification, ne suffisent pas pour justifier l'assistance d'un avocat (TF 9C_486/2013 précité consid. 3.2.1 [non publié in ATF 139 V 600]). Dès lors, le fait que l'intéressé puisse bénéficier de l'assistance de représentants d'associations, d'assistants sociaux ou encore de spécialistes ou de personnes de confiance œuvrant au sein d'institutions sociales permet d'inférer que l'assistance d'un avocat n'est ni nécessaire ni indiquée (TFA I 557/04 du 29 novembre 2004 consid. 2.2 ; TF 9C_105/2007 précité consid. 1.3).

c) Vu ce qui précède et notamment la jurisprudence du Tribunal fédéral, il n'y a donc pas lieu de revenir en détail sur les griefs de la recourante qui ont trait à l'argument de l'intimé selon lequel elle aurait pu s'adresser pour la procédure administrative à un représentant d'une association, un assistant social ou d'autres professionnels ou personnes de confiance d'institutions sociales. On ne voit pas pourquoi la recourante n'aurait pas pu y avoir accès, dans la mesure où d'autres assurés dans des situations comparables sont tout à fait capables de contacter de telles personnes. Contrairement à ce que laisse entendre la recourante, le rapport entre l'OAI et les assurés pendant la procédure administrative n'est pas non plus celui de deux parties opposées. Déjà de par la loi, l'OAI est obligé d'instruire le cas d'office, respectivement de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Dans les limites de son domaine de compétence, l'OAI est de plus tenu de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (art. 27 LPGA).

En outre, on se demande dans quelle mesure il y aurait une discrimination anticonstitutionnelle à l'encontre des avocats, dès lors que les personnes qui seraient capables de conseiller les assurés, ne peuvent pas non plus demander à recevoir des indemnisations par le biais de l'assistance judiciaire (cf. ATF 132 V 200) et qu'en règle générale, elles œuvrent à titre gratuit ou contre une minime contribution des assurés. Par ailleurs, il paraît pour le moins douteux qu'un assuré puisse faire valoir une discrimination à l'encontre des avocats. Ce n'est en tout les cas pas au tribunal de céans de remettre en question ladite pratique, confirmée maintes fois par le Tribunal fédéral et que le législateur n'a pas non plus remise en question (cf. aussi art. 190 Cst.).

d) Reste à examiner, si le cas de la recourante se présentait dans le cadre de la procédure administrative comme exceptionnel avec des questions de droit ou de fait difficiles qui rendaient l'assistance par un avocat apparemment nécessaire et qu'une assistance par le représentant d'une association, par un assistant social ou d'autres professionnels ou personnes de confiance d'institutions sociales n'entraîne ainsi pas en considération.

Certes, la recourante ne possède pas de formation juridique ou médicale pour apprécier la portée des documents médicaux. Cela correspond toutefois à la situation de la plupart des assurés. En outre, la recourante était suivie par des médecins qui pouvaient la renseigner. De plus, concernant la procédure AI en soi, elle aurait, comme exposé, pu s'adresser à un représentant d'une association, un assistant social ou autre professionnel de confiance d'une institution sociale.

Par ailleurs, en présentant son projet de décision de refus du 20 août 2010, l'OAI se basait sur l'expertise psychiatrique qu'il avait mise en œuvre auprès du Dr X._____. Dans ses objections du 23 septembre 2010, à l'occasion desquelles elle a demandé l'assistance juridique litigieuse, la recourante n'a pas remis en question l'expertise du Dr X._____. Cet expert avait en outre constaté que la recourante ne présentait aucune limitation sur le plan psychique et mental. Son état psychique n'exigeait ainsi pas qu'elle se fasse assister. Vu le résultat de l'expertise précitée, il ne se posait pas non plus de questions ayant trait à une atteinte psychique au sujet de laquelle il y aurait eu une jurisprudence complexe pouvant éventuellement imposer l'assistance d'un avocat.

Dans ses objections, la recourante avait, avant tout, fait valoir que sur le plan somatique son état de santé s'était « sensiblement » dégradé depuis l'année 2005, donc après la dernière expertise rhumatologique du Dr Z._____ de juin 2005. La recourante aurait pu en informer l'OAI sans recours à un avocat, voire même à une autre assistance. En tout les cas, un représentant d'une association ou un assistant social aurait aussi été capable de donner cette information. Il en va de même pour les autres points soulevés par le mandataire, c'est-à-dire au sujet du pourcentage d'abattement, du salaire de valide et de l'empêchement dans la tenue du ménage. De plus, vu que la recourante n'a pas explicité une quelconque volonté de ne plus travailler à 100 % sans atteinte à la santé et compte tenu des art. 28a LAI et 16 LPGa, on ne voit pas la pertinence du grief au sujet de l'empêchement dans la tenue du ménage. Malgré les demandes de l'OAI suite auxdites objections du

mandataire de la recourante, cette dernière ne s'est pas prononcée sur une éventuelle réduction du taux d'activité qu'elle aurait eu sans atteinte à la santé. Ni elle, ni son mandataire n'ont pas non plus réagi à ce sujet après l'avertissement prévu à l'art. 43 al. 3 LPGA (cf. courrier de sommation de l'OAI du 21 avril 2011).

En définitive, il n'y avait donc pas de situation exceptionnelle qui exigeait l'assistance par un avocat lors de la procédure administrative. Le recours AI 114/11 s'avère ainsi mal fondé.

4. Vu ce qui précède, le recours AI 114/11 doit être rejeté, dans la mesure où il est recevable (cf. supra consid. 1b et 3). Le recours AI 192/11 doit être partiellement admis, la décision litigieuse du 24 mai 2011 devant être confirmée pour la période allant jusqu'à août 2010 et annulée pour la période au-delà d'août 2010, la cause étant renvoyée à ce sujet à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants (cf. supra consid. 2). Pour le reste, étant donné que la recourante ne peut plus exercer son ancienne activité, mais une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, l'OAI devra examiner le droit à des mesures d'ordre professionnel (p.ex. aide au placement), en fonction du résultat du complément d'instruction à venir.

5. a) 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 un tribunal cantonal est soumise à des frais de justice, se situant entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). Il sied de fixer ces frais à 500 fr., dont, vu l'issue du litige, 250 fr. sont mis à la charge de l'OAI et l'autre moitié à la charge de la recourante. Cette dernière étant au bénéfice de l'assistance judiciaire, sa part reste provisoirement à la charge de l'Etat.

b) La recourante, qui obtient partiellement gain de cause dans l'affaire AI 192/11, a droit à des dépens réduits, qui sont fixés à 1'500 fr. et mis à la charge de l'OAI (cf. art. 61 let. g LAI et 55 LPA-VD).

Pour le reste, le conseil d'office de la recourante, Me Duc, a droit à des indemnités sur la base de l'assistance judiciaire octroyée. Ces indemnités seront toutefois réduites par le montant des dépens à la charge de l'OAI, vu qu'il est garanti que cet office verse le montant fixé. Me Duc a présenté une liste des opérations en date du 1^{er} novembre 2013 couvrant toutes ses opérations depuis l'année 2006. Les indemnités à fixer ne peuvent toutefois concerner que les deux procédures de recours AI 114/11 et AI 192/11 et non d'autres activités ou des procédures administratives ou judiciaires précédentes, pour lesquelles des indemnités ou dépens ont par ailleurs déjà partiellement été versés. Dans la mesure où la liste contient des opérations de secrétariat, celles-ci ne sont pas prises en compte pour l'indemnité, puisqu'elles sont réputées être incluses dans le tarif horaire prévu pour le conseil d'office (cf. ATF 132 I 201 consid. 7.4 et 8). Seront toutefois retenus 15 minutes pour le bref mémoire du 27 décembre 2011 qui est uniquement répertorié comme opération de secrétariat, bien que signé par le conseil d'office.

Le recours dans la cause AI 114/11 date du 15 avril 2011. Les opérations d'avocat dès cette date seront donc, en principe, prises en considération. Du point de vue de l'opportunité, il y a toutefois lieu d'exclure les opérations du 8 août 2011 (40m) ; en effet, on ne voit pas pourquoi le conseil devait se rendre à Nyon à cet instant pour un entretien avec un témoin. Il en va de même pour les opérations du 7 décembre 2011, ainsi que du 29 novembre 2012, qui concernent une autre affaire (caisse de pension). Ainsi, il reste en tout 14h45 à retenir dès le 15 avril 2011, ce qui revient, au tarif horaire de 180 fr., à un montant de 2'655 fr., soit 2'867 fr. 40 avec la TVA de 8 %. S'y ajoute des débours précisés dans la liste pour un total de 304 fr. 50 (photocopies, frais postaux) ; dans cette mesure, il n'y a pas lieu de retenir en plus un forfait pour débours de 500 francs. Les indemnités sont donc de 3'171 fr. 90 (2'867.40 + 304.50) pour les deux procédures judiciaires. En y déduisant les dépens de 1'500 fr. dus à la recourante par l'intimé, l'indemnité est finalement fixée à 1'671.90 francs.

c) La recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais judiciaires à sa charge et les indemnités octroyées au conseil d'office, dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

d) Dans son mémoire du 13 novembre 2013, Me Patrocle a demandé à ce que soit « transfér[é] le bénéfice de l'assistance judiciaire [...] à [s]on nom ». Cette demande est rejetée. Me Duc avait été désigné comme conseil d'office à la demande de la recourante. Or, ni lui, ni la recourante n'ont indiqué de motif valable pour un changement de conseil. La partie qui a été mise au bénéfice d'un conseil d'office ne peut décider à sa guise d'en changer (cf. ATF 114 la 101 consid. 3 ; 116 la 102 consid. 4b/aa ; TF 5P.476/1999 du 6 mars 2000 consid. 3). Par ailleurs, les causes paraissaient prêtes à être jugée lorsque la demande de transfert a été déposée. Le mémoire du 13 novembre 2013 n'a, en définitive, pas non plus apporté d'élément nouveau, respectivement de réponse à l'écriture de l'OAI du 21 octobre 2013. On ne voit donc pas de motif pertinent pour un tel transfert.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Les causes AI 114/11 et AI 192/11 sont jointes.
- II.** Le recours dans la cause AI 114/11 est rejeté, dans la mesure où il est recevable, la décision de l'OAI du 10 mars 2011 étant confirmée.
- III.** Le recours dans la cause AI 192/11 est partiellement admis. La décision de l'OAI du 24 mai 2011 est annulée dans la mesure où elle n'accorde pas de prestations AI dès septembre 2010 et

la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants. Pour le reste la décision du 24 mai 2011 est confirmée.

- IV.** La demande de transfert de l'assistance judiciaire au nom de Me Patrocle est rejetée.
- V.** Les frais judiciaires, par 500 fr. (cinq cents francs), sont mis pour moitié à la charge de l'OAI et pour l'autre moitié à la charge de la recourante. La part de la recourante est provisoirement prise en charge par l'Etat.
- VI.** L'OAI doit verser à la recourante la somme de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.
- VII.** L'indemnité d'office de Me Duc est arrêtée à 1'671 fr. 90 (mille six cent septante et un francs et nonante centimes), TVA comprise.
- VIII.** La recourante, en tant que bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis provisoirement à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Duc, avocat (pour L. _____),
- Me Patrocle, avocat,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :