

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 septembre 2012

Présidence de M. MERZ
Juges : Mme Dessaux, juge et M. Berthoud, assesseur
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

S. _____, à [...], recourante, représentée par Procap, Service juridique, à Bienne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI; 17 et 53 al.1 LPGA

E n f a i t :

A. **a)** S._____, née en 1960, mère de trois enfants, a obtenu en 1979 un CFC de vendeuse. Alors qu'elle travaillait en qualité de maman de jour depuis 1994 auprès de l'Association [...] à [...], elle a été victime d'une chute de sa hauteur le 29 décembre 2001 (rapport médical initial LAA du 20 février 2002 établi par le Dr N._____, spécialiste en chirurgie) en glissant sur une plaque de verglas entraînant une fracture bi-malléolaire de la cheville gauche traitée par réduction sanglante et ostéosynthèse avec greffe le 30 décembre 2001. Son cas a été pris en charge par la Caisse T._____, qui a versé les prestations légales. Le Dr N._____ a attesté une totale incapacité de travail jusqu'au 31 mai 2002, puis a reconnu une capacité de travail à 50 % dès le 1^{er} juin 2002, puis à 100 % dès le 1^{er} juillet 2002. Dès le 1^{er} juin 2002, l'assurée a repris un emploi à 50 % en qualité d'employée de cafétéria à l'Hôpital X._____ à [...], puis à 100 % dès le 1^{er} juillet 2002, son taux d'activité ayant par la suite été réduit à 50 % dès le 1^{er} septembre 2002 (questionnaire rempli par l'employeur en date du 29 janvier 2008 ; note interne au dossier du 2 juillet 2010). Sur le plan objectif, le Dr N._____ a noté un début de consolidation de la fracture malléolaire externe (rapport du 9 juillet 2002), puis a signalé une difficulté de consolidation (rapport du 4 novembre 2002), avec une évolution favorable (rapport du 5 février 2003) la qualité de la consolidation apparaissant meilleure (rapport du 18 juin 2003). Le rapport du 27 novembre 2003 précisait qu'il n'y avait toujours pas trop de consolidation alors que la patiente marchait bien.

Dans l'intervalle, soit le 17 octobre 2002, l'assurée a reçu un lourd rouleau de cellophane sur le gros orteil gauche dans le cadre de son activité professionnelle entraînant une fracture transverse de la 1^{ère} phalange distale gauche nécessitant la pose d'un plâtre de marche pendant 4 semaines, ce qui a entraîné un arrêt de travail total jusqu'au 20 novembre 2002 (rapport médical LAA du 25 novembre 2002 établi par le Dr N._____ à l'intention de la Caisse V._____).

Le 7 juin 2003, l'assurée a cogné sa cheville contre le chariot de la cafétéria entraînant une plaie interne de la cheville avec un important saignement nécessitant une incapacité de travail totale jusqu'au 26 juillet 2003. Le traitement fut conservateur avec une évolution favorable.

En avril 2004, l'assurée s'est fait opérer de la cloison nasale et a développé une forte réaction allergique à une dose de Pénicilline entraînant un urticaire chronique traité par cortisone durant un an. Le 7 septembre 2005, l'assurée a finalement subi une ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO) de la cheville gauche (cf. protocole opératoire). Elle a repris son activité professionnelle le 8 octobre 2005. Elle a également été engagée dès le 1^{er} décembre 2005 en qualité de concierge non professionnelle dans l'immeuble qu'elle habitait à raison de cinq heures par semaine, puis dès le 1^{er} août 2008, à raison de deux heures par jour.

Dans un rapport du 26 juin 2006, le Dr N. _____ a signalé la présence de douleurs de l'avant-pied au niveau du tendon extenseur entraînant une incapacité de travail totale du 28 mai au 15 juin 2006, puis du 13 octobre au 23 novembre 2006. L'assurée n'a plus repris son activité professionnelle d'employée de cafétéria auprès de l'Hôpital X. _____ depuis le 13 octobre 2006.

Dans un courrier du 24 novembre 2006 adressé à la Caisse T. _____, le Dr N. _____ a confirmé que les suites opératoires avaient été simples, suite à la fracture comminutive de la cheville gauche du 29 décembre 2001, la patiente marchant rapidement. Toutefois, par la suite, l'assurée avait fait à plusieurs reprises des entorses plus ou moins graves, raison pour laquelle le Dr N. _____, se référant à un CT-scan du 9 octobre 2006 (rapport du 10 octobre 2006 du Dr C. _____, spécialiste en radiodiagnostic), ne pouvait exclure la présence d'une pseudarthrose, en l'absence de fracture nette. Le Dr N. _____ sollicitait dès lors la prise en charge d'une cure de pseudarthrose avec mise en place d'une greffe.

Au vu de ces éléments, la Caisse T._____ a mandaté le Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, pour la réalisation d'une expertise. Dans son rapport du 29 mars 2007, l'expert a relevé que les radiographies post-opératoires du 30 décembre 2001 et les clichés suivants faisaient état d'une insuffisance de réduction de la fracture de la malléole externe et de la syndesmose, entraînant une arthrose tibio-astragalienne et une pseudoarthrose de la malléole externe, pathologies qui étaient en lien direct avec l'événement du 29 décembre 2001. S'agissant des suites du traitement, l'expert a exposé ce qui suit :

"J'estime qu'il faut procéder à la révision de la syndesmose et, dans la mesure du possible, il faut corriger l'incongruence tibio-astragalienne. Il faut également procéder à une cure de pseudoarthrose de la malléole externe avec une greffe autologue et fixation de la syndesmose, ainsi que de la pseudoarthrose par plaque et vis.

Malgré l'intervention proposée, le pronostic reste réservé compte tenu qu'une arthrose tibio-astragalienne est déjà présente.

Toutefois, l'intervention peut ralentir le développement du processus dégénératif qui, à plus ou moins brève échéance, aboutira à la mise en place d'une prothèse de la cheville, voire une arthrodeuse".

L'expert a ajouté que l'état n'était pas stabilisé, une intervention chirurgicale devant être programmée.

L'assurée a dès lors été suivie par le Dr J._____, chef de clinique à l'Hôpital orthopédique W._____. Dans un courrier du 18 décembre 2007 à l'intention de la Caisse T._____, ce praticien a attesté une incapacité de travail jusqu'au 25 février 2008. Il a indiqué qu'au vu de la consolidation de la malléole externe, il n'y avait pas lieu de projeter une intervention de cure de pseudoarthrose, seule une arthrodeuse de l'articulation tibio-talienne gauche pouvait être envisagée à moyen-long terme selon l'évolution.

b) Le 9 janvier 2008, S._____ a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) en précisant s'agissant du genre de l'atteinte « *selon 1 médecin il faut arrêter l'articulation de la cheville gauche ! Selon un autre spécialiste, ne plus travailler debout pour préserver la mobilité, opération*

non prévue ». Dans un complément à sa demande rempli le 3 février 2007 (recte 2008) (formulaire 531 bis), elle a précisé qu'elle aurait travaillé à l'extérieur depuis la fin de l'année 2004, soit depuis sa séparation, mais n'a pas donné d'indications quant à son taux d'activité.

Dans un rapport médical du 26 février 2008 à l'OAI, le Dr J._____ a posé le diagnostic de status après fracture bimalléolaire de la cheville gauche le 29 décembre 2001 avec ostéosynthèse le 30 décembre 2001 et ablation du matériel au mois de septembre 2005 avec actuellement un cal précaire au niveau de la malléole externe gauche et des troubles dégénératifs post-traumatiques assez marqués tibio-taliens gauche. Au vu de ces éléments, il a précisé qu'à son avis, la seule intervention chirurgicale envisageable était une arthrodèse tibio-talienne à gauche. Il a confirmé que sa patiente présentait toujours une incapacité de travail totale en qualité d'employée de cafétéria et que son état de santé allait en s'aggravant, raison pour laquelle l'activité précitée n'était plus exigible. Dans une activité sédentaire, soit évitant les déplacements prolongés à la marche, le port de charges ou un travail en sol irrégulier, la patiente pouvait désormais avoir une activité professionnelle à 100 % sans diminution de rendement.

Dans un rapport d'évaluation du 16 avril 2008 faisant suite à un entretien du 18 février 2008 avec l'assurée, un conseiller en réadaptation de l'AI a indiqué ce qui suit dans le cadre de ses conclusions :

"L'assurée travaillait à l'hôpital X._____ en tant qu'employée de cafétéria. En arrêt maladie de longue durée elle n'est à ce jour pas licenciée. Elle ne se voit pas retravailler dans cette cafétéria car son ex-ami y travaille comme [...]. Elle est ouverte à d'autres propositions dans l'hôpital ou sur un autre site.

Va au-delà de ses possibilités car accepte mal sa situation. Actuellement en IT à 100 %, elle exerce néanmoins une petite conciergerie en lien avec son appartement et qu'elle ne veut absolument pas perdre (son employeur est au courant). C'est important pour son équilibre. Elle touche environ 900.- par mois à un taux de 30 %.

Selon SMR peut travailler à 100 % en activité adaptée à prédominance assise sans port de charge en étant debout et ne nécessitant pas de bonne mobilité de la cheville. Voir avec

l'employeur si possibilité d'un emploi à l'interne. 13.3.08 la douleur étant trop forte, l'assurée souhaite se faire opérer = attente pour les MIP".

Dans un rapport médical du 7 mai 2008 à l'OAI, le Dr P._____, médecin traitant de l'assurée depuis juin 2004, a posé les diagnostics d'urticaire chronique idiopathique depuis 2004, de status post-fracture bimalléolaire gauche depuis 2001 et d'état dépressif depuis 2007. Il s'est limité à donner des précisions s'agissant du premier diagnostic, soit celui pour lequel sa patiente était en traitement chez lui, ajoutant qu'il convenait de s'adresser aux spécialistes pour les autres problèmes. Il a ainsi attesté une incapacité de travail à 100 % du 18 juin 2004 au 13 mai 2005, puis à 50 % dès le 14 mai 2005.

Dans un rapport médical du 7 juillet 2008 à l'OAI, les Dresses K._____ et???._____, respectivement médecin associé et médecin assistant à la Polyclinique psychiatrique F._____, ont posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique depuis 2007 et de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline, présent depuis le début de l'âge adulte. Elles ont indiqué que l'assurée était leur patiente depuis le 7 mai 2007. Après avoir bénéficié d'un traitement de crise durant deux mois, elle était désormais en traitement psychiatrique ambulatoire à raison d'un entretien mensuel, les entretiens étant plus fréquents en période de plus grande tension. Elles ont retenu une totale incapacité de travail depuis mars 2003 pour des motifs somatiques. S'agissant de la question des mesures de réadaptation professionnelle ou de la reprise d'une activité, elles ont préconisé une évaluation spécialisée regroupant tant les plans somatique que psychiatrique.

c) Dans l'intervalle, la Caisse T._____ a mandaté le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, pour la réalisation d'une expertise afin de clarifier notamment les séquelles orthopédiques présentées par l'assurée au niveau de la cheville gauche. Dans son rapport du 24 juin 2008, l'expert a conclu que la capacité de travail dans l'activité habituelle était de 25 à 50 % à l'aide d'un chaussage adéquat.

Dans une activité adaptée (soit privilégiant la position assise, mais n'excluant toutefois pas quelques courts déplacements au sein de l'entreprise, excluant le port de charges de plus de 5 - 7.5 kg, l'accroupissement ou l'agenouillement répété, le déplacement sur terrain inégal ou la montée des échelles), la capacité de travail était entière.

d) Le 1^{er} juillet 2008, l'assurée a subi une arthrodèse de la cheville gauche avec ablation du plâtre et des fils, ainsi que la confection d'une nouvelle botte plâtrée de décharge en date du 17 juillet 2008. Dans un rapport médical du 18 décembre 2008 à la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (CNA), le Dr L._____, médecin chef de l'Hôpital orthopédique W._____, a indiqué que la patiente souffrait d'intenses douleurs, mal systématisés, dans la région du talon et dans la partie dorsale du pied. Le Dr L._____ indiquait avoir de la peine à expliquer l'importance de la symptomatologie douloureuse compte tenu d'une cheville calme. Toutefois, la déminéralisation osseuse faisait penser à un Südeck fruste nécessitant une cure de Miacalcic. Il a poursuivi l'arrêt de travail. Dans un rapport médical du 12 mars 2009 à la CNA, il a attesté une capacité de travail à 50 % dans un poste adapté (principalement sédentaire) dès le 15 avril 2009.

Le contrat de conciergerie a été résilié le 21 janvier 2009 avec effet au 31 mars 2009.

Dans un rapport médical du 14 mai 2009 faisant suite à un examen du 24 avril 2009, les Dresses Y. _____ et U. _____, respectivement cheffe de clinique et médecin assistante à la Policlinique psychiatrique F._____, ont posé les diagnostics de troubles de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F 43.22) et personnalité émotionnellement labile, type borderline (F 60.31). Elles ont exposé ce qui suit s'agissant notamment de la thérapie suivie à ce jour :

"Mme S. _____ est mère de trois filles de [...], [...] et [...] ans. Elle a divorcé en 2001. La fille aînée vit avec son père, la deuxième dans un studio depuis l'âge de 16 ans et a bénéficié d'un suivi SPJ, la dernière [...] est allée récemment vivre avec son père, la situation

mère-fille étant invivable malgré un suivi SPJ et d'un éducateur AEMO.

Mme S. _____ bénéficie d'un suivi dans notre Polyclinique depuis mai 2007. Ce suivi est bien investi par la patiente, mais est difficile par la confusion importante dans laquelle est la patiente, aux prises avec ses propres difficultés et celles de son entourage, ayant peu de moyens psychiques pour y faire face. Devant la persistance de la symptomatologie anxio-dépressive, un traitement antidépresseur de Remeron est introduit dès l'été 2008, époque où elle a subi une intervention orthopédique de la cheville. A l'automne 2008, elle présente une aggravation de son urticaire chronique. Elle est licenciée, arrivant à deux ans d'arrêt maladie. Elle est en conflit avec l'Hôpital de [...] qui l'aurait mal soignée, hôpital qui était également son employeur. Dans ce contexte, nous proposons d'intensifier le suivi par des entretiens infirmiers ambulatoires une fois par semaine. Ce n'est qu'en avril 2009 que la patiente contactera Mme [...], infirmière indépendante, dans le contexte du départ de sa fille benjamine. Par ailleurs les douleurs de la cheville persistant, le Dr P. _____ a mis la patiente en relation avec la Dresse AA. _____ et une hospitalisation de trois semaines devrait se faire pour ce problème".

Les Dresses Y. _____ et U. _____ ont ajouté que l'évolution psychique de la patiente était fortement dépendante de son environnement et de ses relations avec ses enfants, raison pour laquelle le pronostic était réservé sur le plan de la thymie. L'état anxio-dépressif pouvait, quant à lui, avoir une influence sur l'évolution de la douleur à la cheville. Elles n'ont pas attesté une incapacité de travail.

Au vu de ces éléments, l'OAI a soumis le cas de l'assurée au SMR. Dans un rapport médical du 16 juin 2009, le Dr M. _____ du SMR a notamment relevé que sur le plan somatique, le Dr L. _____ avait estimé, suite au contrôle du 11 mars 2009, que l'assurée était capable de reprendre une activité adaptée à 50 % dès le 15 avril 2009. Sur le plan psychiatrique, l'examen du 24 avril 2009 ne montrait plus qu'un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive, sans incidence sur la capacité de travail. Par conséquent, le Dr M. _____ a considéré que l'assurée avait présenté une incapacité totale de travail dès le 13 octobre 2006. Toutefois, dès le 15 avril 2009, sa capacité de travail était de 50 % dans une activité adaptée. La situation de l'assurée pouvant encore s'améliorer à moyen terme, le Dr L. _____ ayant prévu un contrôle à l'automne 2009, il appartenait à l'OAI de décider s'il convenait de prendre

une décision sur la base des données actuelles ou s'il souhaitait attendre l'automne.

Par courrier du 11 août 2009, la Caisse T. _____ a transmis à l'OAI plusieurs documents, soit :

- un rapport médical du 14 juillet 2009 du Dr O. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de l'assureur-accidents, qui a effectué un bilan orthopédique ;
- un rapport médical du 25 mai 2009 au Dr L. _____ établi par les Drs I. _____ et E. _____, respectivement chef de clinique et médecin assistant au département de l'appareil locomoteur (DAL) de l'hôpital Z. _____, suite à la prise en charge de l'assurée au DAL pour un traitement de physiothérapie et d'ergothérapie du 4 au 22 mai 2009 ;
- un rapport médical du 18 mai 2009 du Dr L. _____ relatif à l'évolution de l'atteinte à la cheville gauche ;
- un courrier du 14 avril 2009 de la Dresse AA. _____ médecin associé au DAL, au Dr L. _____.

Dans un rapport médical du 8 octobre 2009 à la Caisse T. _____, le Dr L. _____ a estimé que la situation de la cheville était stabilisée avec une arthrodèse consolidée, ajoutant toutefois que *"même si la patiente pourrait théoriquement retravailler à 100 % dans une activité sédentaire en ce qui concerne uniquement la cheville gauche, je pense que son état global l'empêche de reprendre toute activité mais que ceci devrait naturellement faire l'objet d'une expertise pluridisciplinaire. En attendant j'ai prolongé l'arrêt de travail à 100 % sachant qu'une demande AI est en cours"*.

Par courrier du 7 janvier 2010, les médecins de la Policlinique psychiatrique F. _____ ont rapporté que la thymie était désormais neutre.

L'OAI a mis sur pied une enquête économique sur le ménage. Dans son rapport du 16 mars 2010, l'enquêtrice a conclu que l'assurée devait être considérée comme 100 % active compte tenu des éléments suivants :

"L'assurée travaillait à 50 % son employeur ayant modifié son contrat suite à ses problèmes de santé. Elle a pris une conciergerie car financièrement elle n'arrivait pas à subvenir à ses besoins et ceux de sa fille. Elle s'en sortait juste car elle touchait une pension alimentaire de Fr. 1'000.- pour sa fille. L'assurée a dû déménager car elle ne pouvait plus payer le loyer de l'appartement qu'elle occupait en tant que concierge celui-ci s'élevant à plus de Fr. 2'000.-. Elle occupe un deux pièces en colocation avec un ami d'enfance. Depuis le mois de février 2009 sa fille, suite à des conflits relationnels, est allée vivre chez son père. Actuellement, l'assurée sans atteinte à la santé déclare qu'elle devrait travailler à 100 %. Elle a un CFC de vendeuse mais n'a pas travaillé dans cette branche depuis de nombreuses années. Cette activité n'est plus adaptée, vu ses problèmes de santé. En qualité d'employée de cafétéria elle touchait un salaire mensuel brut de Fr. 1'547.05 depuis le 1.1.2008 à 50 %".

L'enquêtrice a finalement estimé les empêchements dans le ménage à 40.6 %.

Dans un rapport médical du 10 mai 2010, le Dr P. _____ a attesté une totale incapacité de travail dès le 6 octobre 2006, car sa patiente ne pouvait pas marcher en raison de ses douleurs.

e) En date du 6 juillet 2010, l'OAI a adressé à S. _____ un projet de décision dans le sens de l'octroi d'une rente entière du 1^{er} octobre 2007 (soit à l'échéance du délai d'attente d'un an) jusqu'au 31 juillet 2009 (soit après trois mois de l'amélioration constatée le 15 avril 2009, correspondant à la reconnaissance d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée). Pour la période ultérieure, l'assurée ayant informé par téléphone le service de réadaptation de l'OAI qu'elle n'était pas en mesure d'exercer une activité à 50 % en raison de son état de santé, l'office précité a procédé à la détermination du préjudice économique par une approche théorique. Sans atteinte à la santé et en poursuivant les activités d'employée de cafétéria à 50 % et de concierge non professionnelle à 30 % (correspondant à un taux d'occupation de 80

%), elle aurait pu percevoir en 2008 un revenu annuel brut de 36'071 fr (24'791 + 11'280) et en 2009 après indexation un montant de 36'828 fr. Toutefois, sur la base de l'enquête économique sur le ménage réalisée le 16 mars 2010, il convenait de retenir un statut d'active à 100 %, si bien que le revenu annuel brut était de 46'035 francs. Afin de déterminer le préjudice économique subi par l'assurée, le revenu précité devait être comparé aux gains résultant de l'exercice d'une activité lucrative adaptée. En l'absence de reprise d'activité professionnelle, il convenait de se baser sur un revenu mensuel de 4'116 fr selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) dans une activité simple et répétitive dans le secteur privé (production et services) en 2008. Compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2008 (41.6 heures), de l'évolution des salaires nominaux de 2008 à 2009 (+2.1 %) et d'un taux d'abattement de 10 %, l'OAI a estimé que l'assurée était en mesure de réaliser un revenu annuel de 23'600 fr. 88 dans une activité légère de substitution à 50 %. Un tel revenu, comparé au gain de valide de 46'035 fr., mettait en évidence une perte de gain de 22'434 fr. 12, ce qui correspondait à un degré d'invalidité de 48.73 %, dès le 1^{er} août 2009, soit après trois mois de l'amélioration constatée le 15 avril 2009, taux suffisant pour maintenir le droit à un quart de rente.

A la suite de sa contestation du 9 août 2010, l'assurée a produit un certificat médical du 12 octobre 2010 du Dr P. _____ lequel a relevé que la situation de sa patiente s'était plutôt aggravée depuis sa sortie du DAL en mai 2009, les douleurs étant désormais constamment présentes et nécessitant un traitement médicamenteux quotidien.

Par avis médical du 29 octobre 2010, le Dr M. _____ du SMR a estimé que le certificat médical précité n'apportait aucun élément nouveau et qu'il convenait de se fonder, s'agissant du problème orthopédique, sur les avis du Dr L. _____, orthopédiste, pour retenir une exigibilité de 50 % dans une activité adaptée.

Dans un rapport médical du 17 novembre 2010 au Dr P. _____, le Dr A. _____, médecin-chef du service de traumatologie-

orthopédie de l'Hôpital X._____, a exposé qu'une amélioration au niveau des tendons péroniers pouvait être assurée par le renforcement du rétinaide supéro-externe à droite, intervention qui devait toutefois être précédée du port de chaussures orthopédiques. S'agissant de la capacité de travail de l'assurée, le Dr A. _____ a indiqué qu'il ne voyait pas la patiente travailler plus de 50 % et ce, même avec une activité professionnelle adaptée.

Par décisions des 10 janvier 2011 et 7 mars 2011 dont la motivation figure dans un courrier séparé du 7 décembre 2010, l'OAI a confirmé son projet de décision du 6 juillet 2010.

B. Par courrier du 2 février 2011 adressé à l'OAI, les Drs Q._____ et B._____, respectivement chef de clinique et médecin assistante à la Policlinique psychiatrique F._____, ont constaté que l'assurée était souvent confuse et qu'elle semblait avoir beaucoup de peine à faire face aux difficultés. Il a par conséquent été procédé à un examen psychologique en novembre 2010 dont le rapport établi le 15 décembre 2010 a conclu à une structure de personnalité psychotique, ainsi qu'à un niveau d'intelligence limite, éléments permettant de retenir que l'intéressée n'arrivait pas à faire face à ses angoisses.

Par avis médical du 22 février 2011, le Dr M._____ du SMR a considéré qu'une structure de personnalité psychotique ne correspondait pas à un trouble de la personnalité psychotique et encore moins à un trouble de personnalité "décompensé". Cet examen psychologique ne permettait en aucun cas de conclure à la présence d'une incapacité de travail.

Par décision du 12 avril 2011 confirmant un projet de décision du 3 mars 2011, l'OAI a estimé que le courrier du 2 février 2011 des médecins de la Policlinique psychiatrique F._____ vaudois sollicitant une révision de la rente d'invalidité ne permettait pas de conclure à une aggravation de l'état de santé de l'assurée. L'OAI a par conséquent rejeté la demande présentée, le degré d'invalidité de l'assurée restant inchangé.

Le 23 mai 2011, l'hôpital X._____ a résilié le contrat de travail de l'assurée avec effet au 31 mai 2011.

C. Par acte de son mandataire du 26 mai 2011, S._____ recourt contre la décision du 12 avril 2011. Elle conclut principalement à son annulation, à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, et à "constater [son] droit aux prestations", en substance une rente entière, subsidiairement au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire, expertise pluridisciplinaire et nouvelle décision au sens des considérants. Elle sollicite également l'octroi de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice, sous suite de frais et dépens.

Elle soutient tout d'abord que le rapport du 2 février 2010 apporte de nouveaux éléments susceptibles de remettre totalement en question la possibilité supposée qu'elle aurait de faire valoir une capacité de travail de 50 % dans l'économie. Elle estime en outre qu'à réception de ce rapport, l'intimé aurait dû compléter d'office l'instruction afin de déterminer la diminution de la capacité de travail à lui reconnaître en lien avec sa structure de la personnalité psychotique et son intelligence limitée. Elle précise qu'il s'agit d'établir un motif de révision procédurale susceptible de contraindre l'intimé à revenir sur ses décisions des 10 janvier et 7 mars 2011, quand bien même celles-ci sont entrées en force. L'intimé n'est donc pas habilité à refuser d'augmenter la rente au motif "qu'une aggravation de l'état de santé n'est pas établie". Elle fait valoir en outre qu'une expertise pluridisciplinaire a été préconisée à plusieurs reprises au cours de l'instruction avec examen neuropsychologique, compte tenu de ses problèmes psychiatriques et intellectuels, ainsi que ceux rencontrés au niveau des membres supérieurs, de même que des sciatalgies. Sur le plan psychiatrique, elle estime nécessaire de procéder à une mesure d'instruction au vu des informations contradictoires rapportées, notamment après réception du rapport médical du 2 février 2010 de la Policlinique psychiatrique F._____. Sur le plan orthopédique, la recourante indique que des investigations ont été mises en œuvre compte tenu de nouvelles atteintes, mais n'ont pas été recueillies au

dossier. Elle relève que le Dr L._____, dans son rapport médical du 8 octobre 2009, a totalement remis en cause son précédent rapport du 15 avril 2009, puisqu'il a conclu à une totale incapacité de travail compte tenu de son état de santé global. Si l'expertise pluridisciplinaire établissait l'existence d'une capacité résiduelle de travail dans l'économie, il conviendrait de renvoyer son dossier à l'intimé afin que son service de réadaptation examine ses possibilités réelles de gain sur un marché du travail équilibré, compte tenu de l'ensemble de ses limitations et de son droit éventuel à des mesures de réinsertion au sens de l'art. 14a LAI.

Par décision du 9 juin 2011, le juge instructeur a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 31 mai 2011 sous forme d'une exonération d'avances, cette dernière devant toutefois s'acquitter d'une franchise mensuelle de 50 fr. dès le 1^{er} juillet 2011.

Par courrier du 5 juillet 2011, la recourante produit un rapport médical du 29 juin 2011 établi par les Drs Q._____ et B._____ qui concluent à une totale incapacité de travail tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée au vu de la péjoration de l'état de santé depuis 2007.

Dans sa réponse du 15 juillet 2011, l'intimé se réfère à un avis médical du 11 juillet 2011 du Dr M._____ du SMR auquel l'intimé se rallie. Dans l'avis précité, il est exposé ce qui suit :

"Le rapport (...) fait état d'un trouble de la personnalité mixte aux traits borderline et dépendants, d'un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique, d'une intelligence limite et d'une structure de personnalité psychotique.

Les psychiatres ajoutent qu'il leur est difficile d'apprécier la capacité de travail de l'assurée, "puisque'elle ne travaille pas". Nonobstant, et sans crainte de se contredire, ils estiment que la capacité de travail est nulle.

Je rappelle qu'en 2009, les psychiatres traitants considéraient que l'atteinte psychique n'était pas incapacitante.

En 2010, ils rapportaient une légère amélioration de la thymie. Je faisais remarquer qu'une affection non incapacitante qui s'améliore n'est toujours pas incapacitante.

En février 2011, les mêmes psychiatres évoquent une structure de personnalité psychotique, sans se prononcer sur la capacité de travail.

Ce n'est que dans le rapport de juin 2011, que l'incapacité de travail est tantôt difficilement appréciable, tantôt nulle.

Il apparaît très clairement que ce rapport sommaire, contradictoire et non argumenté ne permet pas de dire que l'assuré souffre d'une pathologie psychiatrique invalidante. Toutefois, il persiste, formellement au moins, un léger doute qui nous contraint à procéder à une expertise psychiatrique".

Par courrier du 6 septembre 2011, la recourante produit la décision sur opposition du 29 août 2011 rendue par Caisse T._____. La recourante fait valoir que l'intimé a omis de procéder à une parallélisation des revenus ce qui aboutit à l'octroi d'une demi-rente au minimum. Le droit à une rente de degré supérieur est réservé après complément d'instruction sur le plan médical.

Dans ses déterminations du 28 septembre 2011, l'intimé constate qu'au vu des pièces versées au dossier, aucun élément n'indique que la recourante aurait cherché une autre activité lucrative à 80 % (soit l'addition des deux taux retenus) qui soit susceptible de lui procurer un revenu plus élevé. L'intimé estime qu'il y a suffisamment d'indices pour retenir que la recourante s'est contentée de revenus générés par ses activités d'employée de cafétéria et de conciergerie, lesquels lui permettent de faire face à ses besoins financiers accrûs depuis la séparation conjugale.

Par courrier du 14 octobre 2011, le juge instructeur a mandaté le Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour la réalisation d'une expertise.

Dans un rapport d'expertise du 20 décembre 2011, le Dr R._____ a posé les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) et de trouble mixte de la personnalité (F61.0), mais n'a pas retenu d'incapacité de travail. Il a en outre notamment exposé ce qui suit :

"(...) S'il y a eu un épisode dépressif dans les années 2007-2008, il n'a jamais dépassé la gravité d'un épisode dit moyen ou modéré. La symptomatologie a probablement été inconstante. Pour le soussigné, on ne saurait dès lors lui conférer des limitations et une incapacité de travail en conséquence. Il n'y a pas d'arguments pour valider autre chose qu'un simple trouble anxieux et dépressif mixte pour la suite, au terme de cette évaluation circonstanciée.

Mme S._____ est par contre une personne souffrante. Elle s'est maintenant figée dans un comportement d'invalidé qu'elle considère comme justifié, au vu du tort qu'elle pense qu'on lui a fait. Ce comportement ne peut pas être assimilé à une maladie mentale stricto sensu, même s'il est aussi alimenté par des traits de personnalité pathologiques. Si on s'en tient à ce qui est strictement médical, le soussigné considère qu'il n'y a pas de motifs de retenir d'incapacité de travail psychiatrique dans ce cas. Il n'y en a jamais eu dans la durée.

Actuellement, le traitement est adéquat tant en qualité qu'en quantité. Le soussigné n'a pas de proposition à formuler en termes de mesures professionnelles ni en termes d'activité adaptée, puisqu'il ne retient pas d'incapacité de travail psychiatrique dans ce cas.

Le pronostic psychiatrique à long terme est essentiellement grevé de la fragilité que signifie le trouble de la personnalité de Mme S._____. Sur le plan psychiatrique, le soussigné n'a pourtant pas l'impression qu'il soit particulièrement mauvais".

Dans son appréciation du 18 janvier 2012 relative au rapport précité, l'intimé se réfère à l'avis médical du 9 janvier 2012 du SMR qui se rallie à l'appréciation de l'expert.

Dans ses déterminations du 24 janvier 2012, la recourante produit une prise de position du 23 janvier 2012 des Dr H._____ et Q._____, respectivement médecin adjoint et chef de clinique à la Polyclinique psychiatrique F._____, qui confirment les diagnostics finalement retenus par l'expert. Toutefois, ils s'étonnent que s'agissant du trouble mixte de la personnalité, l'expert puisse qualifier les différents traits psychopathologiques mis en évidence comme ne relevant pas d'une atteinte à la capacité de gain, alors qu'une telle symptomatologie constitue une maladie psychiatrique invalidante.

Invité à se déterminer, le Dr R._____ a essentiellement retenu, dans sa prise de position du 17 février 2012 que la recourante, même si elle avait des croyances bizarres, ne souffrait pas de troubles

perceptifs et d'hallucinations auditives. A son avis, le trouble mixte de la personnalité présenté par la recourante n'avait rien d'exceptionnellement grave, si l'on se référait à des observations et non pas à une interprétation de tests psychologiques projectifs.

Dans ses déterminations du 13 mars 2012, la recourante soutient que l'expert s'est contenté de défendre sa position ce qui ne permet pas de clarifier la situation ni d'effacer les doutes qui subsistent quant à l'établissement de la gravité de son état de santé retenue dans les analyses et conclusions divergentes des médecins. Elle estime dès lors que son recours reste bien fondé et qu'il convient de statuer en prenant en considération tous les éléments nouveaux.

Par courrier du 13 mars 2012, l'intimé confirme sa prise de position du 18 janvier 2012, à savoir qu'il se rallie aux conclusions de l'expert.

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'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 sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, interjeté le 26 mai 2011, le recours a été déposé en temps utile compte tenu des feries et répond aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable sous réserve de la question de la révision procédurale (consid.

3b), du revenu sans invalidité (consid. 3c) et du point relatif aux mesures de réinsertion au sens de l'art. 14a LAI (consid. 6).

2. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1; 125 V 413 consid. 1a p. 414; 119 Ib 33 consid. 1b p. 36 et les références citées).

L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui - dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision - constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 p. 414 ss et les références citées). Les questions qui - bien qu'elles soient visées par la décision administrative et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation - ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroit entre les points non contestés et l'objet du litige (ATF 122 V 242 consid. 2a p. 244, 117 V 294 consid. 2a p. 295).

3. Pour autant que l'on puisse le déduire de ses écritures, la recourante reproche tout d'abord à l'intimé de ne pas avoir examiné sa

demande sous l'angle de la révision procédurale, alors même qu'elle avait invoqué l'existence de nouveaux moyens de preuve.

a) La révision procédurale et la reconsidération sont réglées respectivement à l'al. 1 et 2 de l'art. 53 LPGA. Par analogie avec la révision des décisions rendues par les autorités judiciaires, l'administration est ainsi tenue de procéder à la révision (dite procédurale) d'une décision formellement passée en force lorsque sont découverts des faits nouveaux importants ou de nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits avant et qui sont susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente (ATF 127 V 466 consid. 2c p. 469 et les références; SVR 2004 ALV n° 14 p. 43 sv. consid. 3, TFA C 227/03). Selon une jurisprudence constante, l'administration ne peut revenir sur une décision ou une décision sur opposition que si un juge n'a pas déjà statué matériellement sur celles-ci (ATF 127 V 466 consid. 2b p. 121; TF 8C_787/2008 du 4 février 2009; U 22/07 du 6 septembre 2007 consid. 3.2).

Sont "nouveaux" au sens de cette disposition les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. La nouveauté se rapporte ainsi à la découverte du fait, et non au fait lui-même. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de la décision entreprise et à conduire à une décision différente en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'une nouvelle expertise donne une appréciation différente des faits; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision

d'une décision, il ne suffit pas que l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment de la décision initiale, d'autres conclusions que l'administration. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que l'administration paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit être la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour la décision (ATF 127 V 353 consid. 5b et les références).

b) Dans son écriture du 26 mai 2011, la recourante conclut à la révision procédurale des décisions des 11 janvier et 7 mars 2011 rendues par l'intimé, en invoquant des moyens de preuve nouveaux au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA. La recourante prétend que l'on se trouve dans un cas justifiant une révision procédurale de la décision du 12 avril 2011. Elle invoque pour motif de révision, à titre de nouveau moyen de preuve, le courrier du 2 février 2011 des Drs Q._____ et B._____, ainsi que le rapport d'examen psychologique du 15 décembre 2010, qui permettraient de remettre totalement en question sa supposée capacité de travail à 50 % et qui auraient dû inciter l'intimé à compléter d'office l'instruction afin d'évaluer la diminution de sa capacité de travail en lien avec sa structure de personnalité psychotique et son intelligence limitée.

c) En cours de procédure (déterminations du 6 septembre 2011), la recourante a produit une décision sur opposition du 29 août 2011 de la Caisse T._____, laquelle a retenu un taux d'invalidité de 52 % en appliquant le principe de parallélisme des revenus à comparer (revenu sans invalidité inférieur de plus de 5 % à la moyenne des salaires obtenus par les femmes, tous secteurs confondus). Se référant à cette décision, la recourante soutient que l'intimé a omis de procéder à une parallélisation des revenus, ce qui aurait abouti à une demi-rente au minimum et demande implicitement une révision procédurale des décisions attaquées, en ce sens qu'elle doit être mise au bénéfice d'une demi-rente depuis le 1^{er} août 2009.

d) En l'occurrence, il sied de constater qu'aucune demande formelle de révision pour faits ou moyens de preuve nouveaux n'a été introduite par-devant l'intimé, soit l'autorité ayant rendu la décision dont la révision est demandée (cf. Kieser, ATSG-Kommentar, 2^{ème} édition, 2009, ad art. 53 LPGa, n° 21, p. 675). En effet, ni le projet de décision du 3 mars 2011, ni la décision du 12 avril 2011 ne traitent d'une demande de révision procédurale, qui n'avait du reste pas été requise à ce stade par l'assurée. Sur ce point, il n'existe par conséquent pas de décision d'entrée en matière de l'intimé qui eût été susceptible d'être soumise à un contrôle juridictionnel dans une procédure de recours subséquente (voir ATF 133 V 50 consid. 4.1 ; 119 V 475 consid. 1b/bb). Dès lors, la conclusion de la recourante relative à une révision procédurale de la décision du 12 avril 2011 introduite devant l'autorité de céans doit être déclarée irrecevable. Il en va de même de la demande de la recourante intervenue en cours de procédure relative à un nouveau calcul de l'incapacité de gain. Il convient de relever que, indépendamment de sa qualification ou non comme moyen de preuve nouveau, ni le courrier du 2 février 2011, ni le rapport d'examen psychologique du 15 décembre 2010 n'établissent, au degré de la vraisemblance prépondérante, une incapacité de travail totale antérieure, à tout le moins dès le 1^{er} août 2009 (soit après trois mois de l'amélioration constatée le 15 avril 2009, correspondant à la reconnaissance d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée).

Enfin, s'agissant du calcul du préjudice économique, il n'y a concrètement aucun motif de procéder à une nouvelle comparaison des revenus du moment qu'il a été constaté que les circonstances (situation médicale et activités exigibles) ne s'étaient pas modifiées au point d'avoir une influence significative sur le degré d'invalidité de la recourante, que cette dernière a échoué à démontrer une péjoration de son état de santé et qu'elle n'a pas allégué, ni rendu vraisemblable d'autres changements ayant des conséquences importantes sur sa capacité de gain (consid. 5 infra). En effet, l'art. 17 al. 1 LPGa impose de vérifier que le taux d'invalidité, connu, n'a pas subi de modifications notables et non de

déterminer ce taux comme l'exige l'art. 16 LPGA lors de la survenance de l'invalidité.

4. En l'absence de motif de révision procédurale, le litige, relatif au droit de la recourante à une rente d'invalidité, porte sur l'atteinte à la santé et son incidence sur la capacité de travail et de gain, singulièrement sur le point de savoir si l'invalidité s'est modifiée de façon à influencer le droit à la prestation pendant la période entre les décisions des 11 janvier et 7 mars 2011 et la décision litigieuse du 12 avril 2011.

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle 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 (art. 6 LPGA in fine). Selon 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, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

b) L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations, de même que lors d'une révision de celui-ci : méthode générale de la comparaison des revenus pour un assuré

exerçant une activité lucrative à temps complet (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4), méthode spécifique pour un assuré sans activité lucrative (art. 28a al. 2 LAI; cf. ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et méthode mixte pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (art. 28a al. 3 LAI; cf. ATF 137 V 334, ATF 130 V 393, et ATF 125 V 146).

Conformément à l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation des assurés qui, sans atteinte à la santé, exerceraient une activité lucrative à temps complet; cette dernière disposition énonce que pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

c) Quand l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (cf. ATF 130 V 71). Conformément à l'al. 1 de la disposition précitée, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite (cf. art. 17 al. 2 LPGA). Aux termes de l'art. 88a al. 2 RAI (Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201), si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 126 V 75 consid. 1b, 113 V 275 consid. 1a; VSI 2000, p. 314, 1996, p. 192 consid. 2d). Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (ATF 112 V 372 consid. 2b, 390 consid. 1b). Le point de savoir si un changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. ATF 133 V 108 consid. 5 et ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence; cf. TF 9C_198/2011 du 11 novembre 2011 consid. 4.2).

Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p. 833).

5. En l'occurrence, il y a dès lors lieu d'examiner si le degré d'invalidité s'est modifié au point d'influencer le droit aux prestations, en procédant à la comparaison des situations de fait existant au moment la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, soit les décisions des 11 janvier et 7 mars 2011 et la décision litigieuse du 12 avril 2011. Pour sa part, la recourante soutient qu'elle n'est plus en mesure d'exercer une activité professionnelle, ajoutant que la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire s'impose

compte tenu de l'aggravation de son état de santé tant sur le plan psychique que physique.

a) Ainsi, par décisions des 10 janvier et 7 mars 2011 confirmant un projet de décision du 6 juillet 2010, l'intimé a considéré que la recourante avait présenté en raison de troubles somatiques une totale incapacité de travail dès le 13 octobre 2006 dans une activité d'employée de cafétéria et de concierge non professionnelle. Toutefois, se référant à un rapport médical du 12 mars 2009 du Dr L. _____ à la CNA, l'intimé a considéré que sa capacité de travail était de 50 % dès le 15 avril 2009 dans une activité adaptée, soit respectant les limitations fonctionnelles (activité légère sédentaire, principalement assise, sans déplacement). Cette appréciation était corroborée par le Dr A. (rapport médical du 17 novembre 2010 au Dr P. _____). Sur le plan psychique, le rapport médical du 14 mai 2009 des Desses Y. et U. ne retenait plus qu'un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive sans incidence sur la capacité de travail. Par la suite, les médecins de la Policlinique psychiatrique F. _____ ont retenu une thymie neutre et n'ont pas retenu d'incidence sur la capacité de travail de leur patiente (courrier du 7 janvier 2010). Au vu de ces éléments, l'intimé a octroyé à la recourante une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2007 au 31 juillet 2009. Dès le 1^{er} août 2009, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé (cf. art. 88a al. 1 RAI), la recourante avait droit un quart de rente compte tenu d'un préjudice économique de 48.73 % calculé par une approche théorique.

b) Par certificat du 2 février 2011, les Drs Q. _____ et B. _____ ont informé l'intimé que la recourante présentait un trouble de la personnalité borderline (F 60.31), un épisode dépressif moyen, sans syndromes somatiques (F32.10), une psychose non organique, soit une personnalité psychotique selon un examen psychologique, ainsi qu'une intelligence limite, éléments permettant de retenir que l'intéressée n'arrivait pas à faire face à ses angoisses. Ce certificat médical a été considéré comme une nouvelle demande de prestations sur laquelle l'intimé est entré en matière. Ainsi, après avoir examiné l'ensemble du dossier médical à sa disposition jusqu'à la date de la décision attaquée du

12 avril 2011, l'intimé, se référant à l'avis médical du SMR du 22 février 2011, a considéré à juste titre que le certificat précité ne permettait pas de conclure à une aggravation de l'état de santé de la recourante.

c) En effet, sur le plan somatique, S._____ n'a, dans le cadre de son recours, pas démontré par une argumentation précise et étayée, qu'il existerait au dossier une appréciation médicale objective mieux fondée que les éléments retenus par l'intimé qui justifierait la mise en œuvre d'une mesure d'instruction complémentaire. S'il est incontestable que la recourante souffre d'une atteinte au niveau de la cheville gauche depuis de nombreuses années, la simple évocation de la persistance de douleurs à ce niveau, ainsi que d'une atteinte aux membres supérieurs ou des sciatalgies ne permet pas de modifier l'évaluation de la capacité de travail résiduelle, soit 50 % dans une activité adaptée, en l'absence d'une aggravation objectivable. En effet, l'allégation de douleurs ne saurait suffire pour justifier une invalidité au vu des difficultés, en matière de preuve, à établir leur existence. Ainsi, dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, de telles plaintes doivent être confirmées par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 353, consid. 2.2.2; TFA du 9 octobre 2001, I 382/00, consid. 2b), ce qui n'est pas le cas en l'espèce. Dès lors, l'appréciation des pièces médicales ne saurait être valablement mise en cause par la seule affirmation selon laquelle il existerait une aggravation de l'état de santé sur le plan somatique et ce, conformément au devoir de la recourante de collaborer à l'instruction de l'affaire qui atténue le principe inquisitoire et comprend notamment l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut raisonnablement être exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir

supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 p. 195).

d) Dès lors, il s'agit uniquement de déterminer si l'état de santé psychiatrique de la recourante s'est modifié dans une mesure importante, permettant de retenir une incapacité de travail pour ce motif.

Dans un rapport médical du 2 février 2011, les Drs Q. _____ et B. _____ ont considéré que l'examen psychologique pratiqué avait amené des éléments nouveaux au dossier, puisque les tests psychologiques (rapport du 15 décembre 2010) évoquaient un fonctionnement psychotique et concluaient à une intelligence limite. Les médecins précités ont retenu ces diagnostics dans le cadre de leur appréciation auxquels s'ajoutaient un trouble de la personnalité borderline et un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique. En date du 26 juin 2011, ils ont en outre précisé que le trouble de la personnalité borderline devait être remplacé par un trouble mixte de la personnalité aux traits borderline et dépendants. Ils décrivaient une dégradation de l'état de santé psychique de leur patiente consécutive à une séparation et à son accident de la cheville. Estimant que les problèmes psychiques de la recourante étaient susceptibles d'entraver sa capacité de travail, ils ont retenu une totale incapacité de travail tout en admettant qu'elle était difficile à évaluer.

Evoquant un léger doute quant à l'existence d'une pathologie psychiatrique invalidante, le SMR a finalement proposé une expertise psychiatrique (avis médical du 11 juillet 2011) laquelle a été confiée au Dr R. _____. Dans un rapport du 20 décembre 2011, l'expert a uniquement retenu les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte, ainsi qu'un trouble mixte de la personnalité, sans répercussion sur la capacité de travail. Le rapport d'expertise psychiatrique du Dr R. _____ repose sur des examens complets et son contenu répond en tous points aux exigences de la jurisprudence en ce qui concerne la valeur probante des expertises médicales (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1). Il décrit clairement et de manière fouillée tous les points importants,

l'appréciation de la situation médicale est bien expliquée et les conclusions de l'expert sont parfaitement motivées. Les raisons pour lesquelles les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte, ainsi que de trouble mixte de la personnalité, selon la terminologie de la CIM-10, sont les mieux à même de décrire la psychopathologie de la recourante font l'objet d'une démonstration convaincante. Il en va de même des raisons pour lesquelles l'expert a considéré que l'on pouvait écarter une psychose non organique. Ce dernier a ainsi estimé que les médecins de la Polyclinique psychiatrique F._____ avaient construit un libellé diagnostique en se basant sur les tests psychologiques, auquel il ne pouvait se rallier, car les rapports médicaux des 2 février et 29 juin 2011 ne respectaient pas les règles diagnostiques des ouvrages de référence. Enfin, au vu de l'anamnèse et des observations lors des deux consultations d'expertise, il mettait en doute le diagnostic d'intelligence limite.

e) Les différents rapports des Drs Q._____ et B._____ ne font pas état d'éléments objectifs qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise du Dr R._____ et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert. Dans un rapport complémentaire du 17 février 2012, répondant à l'appréciation des Drs Q._____ et H._____ du 23 janvier 2012 quant à l'absence d'incapacité de travail retenue par le Dr R._____ au vu des différents traits psychopathologiques présentés par la recourante, l'expert a expliqué que le trouble anxieux et dépressif mixte comportait des éléments anxieux et dépressifs de peu de sévérité. Quant au trouble mixte de la personnalité, il n'avait rien d'exceptionnellement grave. En tout état de cause, aucun des diagnostics précités ne permettait de retenir une quelconque incapacité de travail.

Sur ce point, le recours doit donc être rejeté. Il n'y a dès lors pas lieu d'ordonner un complément d'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire, le dossier s'avérant complet pour statuer sur la demande de révision de rente.

6. Peut enfin demeurer indécis le point de savoir s'il convient d'examiner la conclusion de la recourante demandant à ce que soit examiné par le service de réadaptation de l'OAI son droit éventuel à des mesures de réinsertion au sens de l'art. 14a LAI. En effet, dans la mesure où ladite conclusion tend à l'octroi de mesures de réinsertion au sens de l'art. 14a LAI, elle sort de l'objet de la contestation déterminé par la décision administrative litigieuse du 12 avril 2011, lequel porte sur le droit à une rente d'invalidité, et est dès lors irrecevable.

7. Ainsi au regard des principes légaux et jurisprudentiels rappelés plus haut, on retiendra que par rapport aux circonstances qui ont justifié l'octroi d'un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} août 2009, la situation de la recourante ne s'est pas modifiée, à tout le moins que son état de santé n'a pas subi de détérioration significative ayant une incidence sur son droit à la rente dans le sens d'une augmentation. Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de procéder à une révision (art. 17 LPGa). La décision attaquée n'est, par conséquent, pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours.

8. a) La procédure est onéreuse; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al.1 bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36], applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al.1 let. a et b CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires, celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art.18 al. 5 LPA-VD).

b) En l'espèce, l'octroi de l'assistance judiciaire a été limité aux frais de justice. Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de

justice doivent être arrêtés à 400 fr. et devraient être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que la recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGGA).

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

- I. Le recours est rejeté, dans la mesure où il est recevable.
- II. La décision rendue le 12 avril 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cent francs), sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. S. _____ est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires mis 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 :

- Procap, Service juridique (pour la recourante), à Bienne,
- 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).

La greffière :