

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 mars 2015

Présidence de M. NEU
Juges : Mme Di Ferro Demierre et M. Métral
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

U._____, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat,
à Lausanne,

et

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

Art. 17 LPGA ; art. 87 al. 2 et 3 RAI.

E n f a i t :

A. U._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante serbe née en 1956, est entrée en Suisse en 1974. Sans formation professionnelle, elle a exercé diverses activités lucratives, avant d'être engagée en qualité de collaboratrice polyvalente à plein temps par E._____SA le 15 août 2001.

A compter du 1^{er} mai 2007, elle a subi une incapacité de travail totale pour cause de maladie, en raison de lombalgies et de douleurs des membres inférieurs. La perte de gain consécutive à cette incapacité a été indemnisée par l'assureur perte de gain en cas de maladie de son employeur, soit O._____SA.

Elle a fait l'objet d'une radiographie lombaire le 24 juillet 2007, effectuée par la Dresse P._____, radiologue au sein du Centre d'imagerie X._____. Sont indiqués aux termes du rapport correspondant des « troubles statiques de la colonne lombaire », une « discopathie étagée en L2-L3 et L3-L4 », ainsi qu'une « discarthrose et arthrose postérieure en L4-L5 et L5-S1 ».

Alors qu'elle se trouvait toujours en incapacité de travail au motif de maladie, l'assurée a été victime de deux accidents successifs les 8 octobre 2007 et 12 décembre 2007, soit deux chutes à l'occasion desquelles elle a été blessée sur le côté gauche.

Dans l'intervalle, sur mandat délivré par O._____SA, le Dr C._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, a expertisé l'assurée le 4 décembre 2007 et communiqué son rapport le 5 décembre 2007. Il a retenu les diagnostics suivants, après examen clinique complet de l'assurée :

- Lombo-pseudo-sciatalgies chroniques.
- Troubles dégénératifs sévères du rachis lombaire.
- Obésité.

- Hypothyroïdie.
- Syndrome d'apnée du sommeil.

A titre d'appréciation du cas, le Dr C. _____ a conclu son expertise en ces termes :

« [L'assurée] est une assurée de 51 ans, travaillant comme aide de cuisine à 100% auprès de la société E. _____ SA depuis 2001. Elle est en incapacité de travail totale depuis le 1^{er} mai 2007 en raison de lombalgies accompagnées d'irradiations douloureuses intéressant les membres inférieurs, une fatigue généralisée, des douleurs mal systématisées des membres inférieurs s'accompagnant de pseudo-lâchages.

Les mesures conservatrices instaurées principalement de rééducation physiothérapeutique, la prise d'antalgiques et d'anti-inflammatoires, de même que certaines modifications de son traitement antalgique, n'ont pas permis d'améliorer les symptômes de manière durable, l'assurée signalant des symptômes bien que fluctuants en fonction des périodes, restés stationnaires jusqu'au jour de l'expertise.

Se rajoutent divers problème de médecine soit la découverte d'un syndrome d'apnée du sommeil justifiant un appareillage nocturne par CPAP [réd. : continuous positive airway pressure], de même qu'une insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs justifiant la prise de Sintrom prophylactique.

A l'examen clinique de ce jour, il ressort une obésité morbide avec un poids de 113kg pour 163cm, soit un BMI [réd. : body mass index] de 42.5kg/m², entravant l'assurée dans ses mouvements et ses déplacements. On note une altération de la mobilité tronculaire avec une distance doigts-sol de 30cm, flexion antérieure marquée par une inversion du rythme lombo-pelvien, l'assurée devant s'aider des bras en s'appuyant sur les membres inférieurs pour se relever. La palpation segmentaire retrouve des douleurs de la charnière lombosacrée, s'accompagnant de zones d'insertionnelles intéressant les crêtes iliaques et la musculature fessière des deux côtés. Il n'y a pas d'altération de la mobilité des grosses comme des petites articulations périphériques, il n'y a pas d'arthrite ou de synovite. La manœuvre de Lasègue est négative, l'élévation des jambes tendues peut être portée au-delà de 85° des deux côtés. Les réflexes ostéotendineux sont vifs et symétriques, il n'y a pas de trouble sensitivomoteur. On retrouve des stigmates d'insuffisance veineuse des membres inférieurs marqués par un érythème en chaussette.

Les radiographies pratiquées en juillet 2007 relèvent la présence d'une discarthrose L5-S1 sévère avec spondylarthrose postérieure L4-L5 et de L5-S1 accompagnatrice.

Du point de vue rhumatologique, l'incapacité de travail de [l'assurée] est totale dans son activité professionnelle d'aide de cuisine,

Dans une activité professionnelle légère, sédentaire, autorisant l'alternance de la position assise et debout, excluant les ports de charges au-delà de 15kg et les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, sa capacité de travail serait de 85%, ceci en tenant compte de sa diminution de rendement.

Au-delà de la problématique rhumatologique se rajoutent d'autres problèmes médicaux [comme] l'obésité morbide, le syndrome

d'apnée du sommeil et l'hypothyroïdie, facteur pouvant avoir une influence négative sur l'appréciation de la capacité de travail de l'assurée. On note aussi des signes de surcharge fonctionnelle à intégrer plus globalement à une comorbidité psychologique associée et justifiant une prise en charge psychiatrique dès le 31 mai 2007. Par ailleurs, le pronostic reste relativement sombre chez une femme faisant état de douleurs incompatibles avec la reprise d'une activité professionnelle quelconque, âgée de 51 ans et sans qualification professionnelle. Je pense qu'une demande d'AI devrait être effectuée et une expertise multidisciplinaire mise en place avant de décider de mesures professionnelles. »

B. Par dépôt du formulaire ad hoc le 6 décembre 2007, l'assurée a requis des prestations de l'assurance-invalidité (AI) sous forme de rente auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), mentionnant des « problèmes [de] dos et [de] jambes », ainsi que des « troubles du sommeil [et de la] thyroïde » depuis 2003.

Un nouveau rapport de radiographie des genoux, établi le 18 décembre 2007 par la Dresse P._____, a documenté notamment des « signes de gonarthrose du compartiment interne et d'arthrose fémoro-patellaire débutante ».

L'assurée a formulé une seconde demande de prestations AI en date du 28 décembre 2007 en vue de l'octroi de mesures de réadaptation, d'une rente et d'un moyen auxiliaire, soit un lit électrique.

Procédant à l'instruction de ces requêtes, l'OAI a réceptionné un rapport établi par l'employeur de l'assurée le 31 janvier 2008, confirmant son engagement à plein temps dès le 15 août 2001 pour un salaire de 3'365 fr. 60 par mois, versé treize fois, et signalant la résiliation du contrat de travail corrélatif avec effet au 31 mars 2008.

L'OAI a par ailleurs sollicité les informations médicales pertinentes auprès des différents médecins traitants de l'assurée, tandis que celle-ci s'est soumise à des imageries par résonance magnétique (IRM) des deux genoux auprès du Centre d'imagerie X._____. La Dresse

P._____ a fait part des éléments ci-après affectant le genou droit (cf. rapport du 23 avril 2008) :

- Chondropathie fémoro-tibiale de grade II du compartiment interne.
- Déchirure horizontale des cornes antérieure et postérieure du ménisque interne.
- Déchirure horizontale des cornes antérieure et postérieure du ménisque externe.
- Chondropathie fémoro-patellaire de grade II.
- Tendinite rotulienne proximale. Bursite infra-patellaire.
- Kyste poplité de 2,3 x 4 cm.

S'agissant du genou gauche, la Dresse P._____ a mentionné ce qui suit (cf. rapport du 24 avril 2008) :

- Chondropathie fémoro-tibiale de grade II du compartiment interne et de grade I du compartiment externe.
- Déchirure horizontale des cornes antérieure et postérieure du ménisque interne.
- Déchirure horizontale des cornes antérieure et postérieure du ménisque externe.
- Aspects compatibles avec une bursite du ligament latéral interne.
- Chondropathie rotulienne de grade II.
- Tendinite rotulienne proximale. Bursite pré-patellaire.
- Aspects compatibles avec un status après déchirure partielle du LCA.
- Kyste poplité de 2,4 x 4,5 cm.

Le Dr N._____, spécialiste des maladies des voies respiratoires, a indiqué à l'OAI le 28 mai 2008 n'avoir été consulté par l'assurée que sous l'angle pneumologique du fait d'apnées du sommeil dûment traitées, lesquelles n'entraînaient aucune incapacité de travail.

Un rapport a été complété le 30 juin 2008 par le Dr M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a mis en exergue le diagnostic de « trouble dépressif récurrent », tout en précisant les éléments suivants :

« [...] [L'assurée] se plaint fortement des douleurs au niveau somatique (jambes, genoux, dos) et évoque une grande fatigue, des difficultés à marcher et à se mouvoir.

Au niveau psychique la patiente souligne un manque de motivation et d'envie de vivre mais l'idéation suicidaire n'est pas présente. Elle note également d'importantes perturbations au niveau de son

sommeil, des difficultés à l'endormissement et de fréquents réveils. Elle signale également de fréquents cauchemars en rapport notamment avec la mort récente de son père. Hormis la tristesse exprimée suite à cet événement, [l'assurée] a beaucoup de peine à communiquer ses émotions et paraît dans un état de détachement affectif. Nous ne notons pas d'anxiété particulière mais davantage une résignation généralisée avec une symptomatologie dépressive avec la perte de motivation, sans projection dans l'avenir, la patiente paraissant dans l'attente passive de la mort. [...] »

Il a signalé assumer un suivi psychothérapeutique à raison de deux séances mensuelles et préconisé une incapacité totale et durable de travail depuis le 21 mai 2007.

Le Dr Y._____, médecin généraliste, a adressé son rapport à l'OAI le 1^{er} septembre 2008, retenant les diagnostics suivants, tout en se référant notamment aux documents d'imagerie mentionnés supra :

- Lombo-pseudo-sciatalgies chroniques.
- Troubles dégénératifs sévères du rachis lombaire.
- Obésité.
- Syndrome d'apnée du sommeil.
- Gonarthrose bilatérale.

Dans le contexte de l'assurance perte de gain en cas de maladie, O._____SA a diligenté une expertise rhumatologique et psychiatrique de l'assurée, confiée au centre d'expertise N._____SA. Les Drs F._____, spécialiste en rhumatologie, et D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, au sein dudit centre ont établi leur rapport en _____ date _____ du 17 novembre 2008.

Sous rubrique « Données objectives », les experts ont consigné les observations ci-après :

« [...] Lors de l'examen clinique, elle prend du temps sans exagération manifeste pour changer de position ou se déplacer. Tout mouvement actif ou passif, toute palpation ou percussion ne sont pas forcément reconnus et exprimés comme une intense douleur et n'engendrent pas automatiquement une réaction d'opposition ou d'esquive. En revanche, lorsqu'on approche soit le genou gauche soit la région lombaire, alors les réactions sont démonstratives engendrant un gesticulé intempestif et des réactions exagérées d'esquive. L'interprétation de l'examen clinique est tout de même

possible et adéquate. Le compte-rendu est aussi le fruit d'observation en dehors du contexte de l'examen clinique proprement dit.

[...] Status neurologique

Droitière, bien orientée dans l'espace et dans le temps ; se déplace et se meut précautionneusement avec lenteur en flexion antérieure du tronc ; pupilles isochores réagissant bien aux deux modes, pas de nystagmus spontané ou provoqué, motricité et sensibilités de la face conservées, réflexes nauséux et vélo palatin présents sans anomalie, langue bien mobile dans toutes les directions.

Tonus musculaire conservé : les membres supérieurs montrent une circonférence mesurée au bras à 20cm de l'articulation acromioclaviculaire de 35cm des deux côtés ; une circonférence mesurée à l'avant-bras à 15cm de l'épicondyle de 25cm des deux côtés ; force des extrémités supérieures ininterprétable par manque de collaboration (Grip = 0,4 bar des deux côtés) ; les membres inférieurs montrent une circonférence de la cuisse, mesurée à 15cm du rebord supérieur de la rotule, de 73cm à gauche contre 71cm à droite ; à 5cm du rebord supérieur de la rotule, de 62cm à gauche contre 64cm à droite. Les circonférences des mollets, mesurées à 20cm du rebord supérieur de la rotule sont symétriques avec 47cm ; la force est conservée. La marche sur les talons ou celle sur la pointe de pieds n'est finalement pas exécutée (malgré moult préparations) bien qu'avec moult démonstration en raison des douleurs (paradoxalement en flexion antérieure du tronc, posture impossible à prendre ultérieurement). Les sensibilités sont respectées. Les réflexes ostéo-tendineux sont présents et symétriques à tous les niveaux ; les manœuvres de Lasègue ne sont pas douloureuses. Les cutanés plantaires sont en flexion des deux côtés.

Status ostéoarticulaire

Position antalgique en flexion antérieure du tronc avec appui sur le MSD [réd. : membre supérieur droit], ceintures scapulaire et pelvienne, horizontales ; effacement de la lordose lombaire. La mobilité rachidienne est bonne : la flexion antérieure du tronc est totale (Schobert dorsal 4cm, Schobert lombaire 5cm et distance doigt-sol 0cm) les flexions latérales sont harmonieuses et induisent, à droite une douleur de la charnière lombo-sacrée. Rotation simultanée du bassin et des épaules dans le même sens en évitant toute mobilisation du rachis lombaire (Waddell+). Le rythme lombopelvien est respecté.

La palpation des insertions musculaires et du tissu cellulo-graisseux sous-cutané est indolore. Toute pression, où que ce soit, n'est pas forcément douloureuse (Waddell-), par contre les apophyses épineuses et les ligaments inter-épineux (L5 et S1) sont exquisément douloureux, les trigger points de la fibromyalgie (S1, S2, EIPI, massifs trochantériens, patte d'oie, péroniers latéraux) ne seraient présents qu'à droite. La manœuvre du palpé-roulé du tissu cellulo-graisseux sous-cutané de la ceinture pelvienne est possible et indolore.

La colonne cervicale n'est pas limitée, elle a les mensurations suivantes : flexion/extension (distance mento-sternale : en flexion 0cm, en extension 20cm) ; rotations 60° ddc [réd. : des deux côtés], avec mouvements combinés de flexion/rotation. Les téguments de la ceinture scapulaires sont fortement infiltrés ; la manœuvre du palpé-roulé du tissu cellulo-graisseux sous-cutané de la ceinture scapulaire n'est pas possible, son ébauche est douloureuse et induit un

important dermographisme ; la musculature des trapèzes et des angulaires des omoplates sont douloureuses à la palpation. Les trigger points de la fibromyalgie sont absents.

Les coxo-fémorales sont limitées par la douleur avec une résistance active de la patiente avec une flexion de 90° à gauche contre 100° à droite, une extension de 10° des deux côtés, une rotation externe de 30° à droite contre 45° à gauche, une rotation interne de 20° à droite contre 30° à gauche, une abduction de 30° des deux côtés.

Les genoux sont de couleur normale, les axes sont conservés, pas d'épanchement évident (obésité morbide). L'examen de la mobilité montre une extension de 0° et une flexion avec une distance talon-fesse symétrique de 21cm des deux côtés. Les rotules sont bien centrées, parfaitement immobiles, avec rabot douloureux à gauche.

Les épaules sont symétriques, les attaches tendineuses et les articulations acromio-claviculaires ne sont pas hyperalgiques à la palpation. L'examen de la mobilité montre une élévation antérieure de 180° (90° omoplate fixée), une abduction de 180° (90° omoplate fixée), une rotation externe de 60° des deux côtés et une rotation interne (distance pouce-C7) de 18cm à gauche et de 21cm à droite.

Platypodie transverse antérieure et longitudinale interne des deux côtés.

Les autres articulations périphériques sont exemptes de tuméfaction inflammatoire, elles sont toutes stables, bien mobiles, indolores à la mobilisation active ou passive.

Conclusion de l'appareil locomoteur seul

Il s'agit d'une femme obèse qui présente une lombalgie commune sur troubles trophostatiques de la post-ménopause (de Sèze) comme en témoignent l'extension douloureuse de la colonne lombaire, les douleurs exquises à la pression des ligaments épineux en L4-L5 et L5-S1.

Il pourrait exister une dissociation entre l'importance des plaintes, les observations objectives à l'insu de la patiente et l'examen clinique proprement dit. Toutefois les signes de non organicité selon Waddell ne sont présents que 2 fois sur 5 et les points douloureux pouvant être associés à des trigger points de fibromyalgie ne sont présents qu'à la ceinture pelvienne droite. [...] »

Les experts ont en définitive retenu les diagnostics suivants :

- Lombalgie commune sur troubles trophostatiques de la post-ménopause.
- Gonalgies bilatérales sur gonarthrose tricompartmentale débutante (encore modifications dégénératives méniscales pour le compartiment tibio-fémoral interne et chondromalacie pour le syndrome douloureux du compartiment antérieur).
- Syndrome des apnées du sommeil.
- Episode dépressif léger avec syndrome somatique.

Ils ont par ailleurs conclu leur examen en ces termes :

« [...] Situation actuelle :

Sur le plan somatique, les douleurs restent superposables au genou gauche et au dos, à savoir qu'elles sont permanentes, tenaces,

facilement exacerbées au moindre effort. L'assurée, qui a exercé plusieurs métiers dans l'hôtellerie (aide de cuisine, femme de chambre, femme de buffet, serveuse, plongeuse, etc...), qui tous nécessitaient la position debout, le port et transport de charges moyennes, et une cadence soutenue, ne pouvait plus assurer aucun d'entre eux.

Actuellement, en raison des gonalgies en position assise (elle a dû se lever deux fois durant l'entretien qui a duré une heure), il ne lui resterait plus beaucoup de possibilités de recyclage. Elle peut faire ses courses, un peu de ménage, mais est beaucoup aidée par son fils et ses copines qui lui font son repassage.

Tous ces symptômes, à l'origine de l'incapacité de travail totale du 1^{er} mai 2007 peuvent être jugulés dans une profession légère (limitation de ports et transports répétitifs de charge de plus de 15 kg les bras proches du corps) en position assise (les gonalgies peuvent être limitées si les changements de positions sont possibles et si la décharge a été respectée dans les autres activités de la journée).

Sur le plan psychique, l'assurée présente un épisode dépressif léger avec un syndrome somatique apparu depuis un an. Il se caractérise par une légère baisse de l'élan vital et de l'intérêt, une baisse de l'humeur variable chez l'assurée et surtout en lien avec le décès de son père, des troubles du sommeil, et une symptomatologie anxieuse dépendant des douleurs. La fatigue peut être expliquée partiellement par la dépression légère et par le syndrome d'apnée du sommeil. Les plaintes de troubles de la mémoire et de la concentration n'ont pas été clairement observées durant l'évaluation. Ils peuvent aussi être en lien avec le syndrome d'apnée du sommeil, celui-ci ne justifie pas cependant pas d'incapacité de travail, il est traitable et ne justifie une incapacité de travail que dans des situations particulières lorsqu'il est très sévère.

L'intensité de l'épisode dépressif est légère et ne nécessite en soi pas de traitement médicamenteux. Cependant, tenant compte du peu de capacité d'élaboration psychique de cette patiente et du contexte social, cette option thérapeutique pourrait être à nouveau envisagée en cas de nécessité avec elle afin d'obtenir la meilleure compliance possible.

Conclusions :

Sur le plan somatique, il n'y a pas de limitation fonctionnelle si les limitations imposées sont respectées, soit

o pas de port ou transport de charge au-delà de 15 kg les bras au corps non répétitifs

o pas de mouvement répétitif de flexion-extension du tronc

o exigence d'alternance entre les positions assises et debout

o pas de position inconfortable ou immobile prolongée.

Sur le plan psychique, la capacité de travail est complète. [...] »

Par projet de décision du 7 janvier 2009, l'OAI a envisagé de refuser l'octroi du lit électrique demandé par l'assurée au motif que ce moyen auxiliaire ne serait pas utilisé durant une année au minimum.

A la demande du Service médical régional AI (ci-après : le SMR), l'OAI a actualisé les renseignements médicaux auprès des médecins traitants de l'assurée.

Par rapport intermédiaire du 24 février 2009, le Dr Y._____ a fait part d'une situation stationnaire, sa patiente se plaignant toujours de douleurs au dos et aux genoux en dépit d'une médication antalgique et de séances de physiothérapie. Il a signalé que l'incapacité de travail débutée le 1^{er} mai 2007 perdurait, alors que sa patiente avait été victime de deux accidents en octobre 2007 et décembre 2007 qui avaient exacerbé ses gonalgies.

Quant au Dr Z._____, il a fait parvenir un nouveau rapport médical en date du 21 mars 2009, relevant une situation stationnaire indépendamment de la « stabilisation des troubles sous traitement » et communiquant les diagnostics suivants :

- Trouble dépressif récurrent (F33, probablement depuis plusieurs années, 6-7 ans).
- Troubles de l'alimentation (F50).
- Trouble du sommeil (G47).
- Apnée du sommeil (G47.3).
- Cauchemars (F51.5).

Eu égard aux limitations fonctionnelles de l'assurée, il a communiqué son avis en ces termes, tout en préconisant le maintien d'une incapacité totale de travail :

« [...] Sur le plan psychiatrique, la patiente manque d'élan vital, souffre d'irritabilité et de fatigue, en lien avec ses troubles du sommeil. On note aussi une difficulté à se projeter dans l'avenir, une thymie affaissée et une perte de confiance en soi. Compte tenu de son âge et de la comorbidité des symptômes qu'elle présente, les limitations sont importantes : difficultés de rester dans une même position en raison du surpoids et des douleurs physiques, difficultés de concentration, problèmes de respiration. L'état dépressif de la patiente a comme conséquence un manque de vitalité, de la tristesse, et démotivation. [...] »

En date du 31 mars 2009, une décision de l'OAI, conforme au projet de décision du 7 janvier 2009, a prononcé le refus d'un lit électrique du fait d'une utilisation projetée d'une durée de moins d'une année.

Sur recommandation du SMR, l'OAI a diligenté une expertise psychiatrique de l'assurée, confiée au centre d'expertises N. _____ SA selon communication du 7 juillet 2009. Après examen clinique de l'assurée le

4 septembre 2009, le rapport correspondant a été établi le 8 janvier 2010 par Dr K. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Il a retenu que l'assurée présentait un diagnostic de « dysthymie (F34.1) existant depuis 1992 », soulignant les éléments suivants :

« [...] *Situation actuelle* :

Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble panique, de trouble phobique, ni de syndrome douloureux somatoforme persistant. En l'absence d'une perturbation sévère de l'environnement psychosocial qui est inchangé depuis de nombreuses années et marqué par des relations proches et stables, surtout sur le plan familial, nous n'avons pas non plus objectivé de trouble de la personnalité décompensée.

Actuellement, l'assurée ne présente pas de diminution importante de l'intérêt et du plaisir (prend soin d'elle, passe volontiers du temps avec son fils, etc.), ni de réduction de l'énergie avec des efforts minimes entraînant une fatigue importante (examen psychiatrique actuel, vie quotidienne d'une assurée qui assure la plupart des tâches ménagères pour un ménage de deux personnes voire trois le week-end). En l'absence d'une diminution de la concentration et de l'attention (examen psychiatrique actuel), des idées de culpabilité, d'une attitude morose et pessimiste face à l'avenir chez une assurée qui décrit l'espoir de guérir ses problèmes de santé dans l'avenir, des idées auto-agressives ou suicidaires ainsi que d'une diminution de l'appétit chez une assurée qui souffre d'une surcharge pondérale, nous n'avons pas retenu le diagnostic d'un épisode dépressif actuel. Cependant, [l'assurée] souffre d'une dépression chronique de l'humeur dont la sévérité est insuffisante pour justifier le diagnostic d'un trouble dépressif léger ou moyen, comme décrit ci-dessus. L'assurée elle-même décrit des périodes de quelques jours pendant lesquels elle se sent relativement bien, mais la plupart du temps, elle se sent fatiguée et déprimée. Tout lui coûte et peu de choses lui sont agréables. Elle rumine et se plaint, elle dort parfois mal et elle a perdu confiance en elle, mais elle est toujours restée capable de faire face aux exigences de la vie quotidienne et d'assurer par exemple la plupart des tâches ménagères, pour un ménage de deux personnes voire trois personnes le week-end. En conséquence, nous avons retenu le diagnostic d'une dysthymie selon les critères des définitions de la CIM-10.

Comme c'est habituellement le cas pour des dysthymies à début tardif, l'état actuel de [l'assurée] s'explique dans le contexte d'un enchaînement de facteurs de stress manifeste comme une fausse-couche en 1992, suivie par des difficultés de réintégration dans le monde professionnel, raison pour laquelle l'assurée a dû vivre de l'aide sociale, ainsi que la séparation d'avec son mari ayant vécu aux États-Unis pendant 10 ans avec une autre femme, entre 1995 et 2005.

Anamnestiquement, [l'assurée] souffre probablement d'un épisode réactionnel à une fausse-couche en 1992, nécessitant un premier traitement psychiatrique la même année. Au cours de ce traitement, l'assurée décrit une amélioration de son état, lui ayant permis d'arrêter le suivi après une année.

Puis, elle déclare à nouveau une aggravation de son état psychique, en réaction à l'aggravation des problèmes de santé physiques, avec apnées du sommeil et douleurs corporelles, raison pour laquelle l'assurée se trouve en arrêt maladie à partir de mai 2007, suivi par son licenciement peu après.

Également en mai 2007, l'assurée se voit confrontée au décès de son père, suivi par une phase de tristesse et de deuil, probablement à l'origine d'un deuxième épisode dépressif décrit par le Dr Z._____. Néanmoins, l'assurée dispose de ressources nécessaires pour se rendre dans son pays d'origine afin d'assister à l'enterrement de son père. Après son retour, elle continue également de poursuivre ses obligations ménagères. En l'absence d'autres éléments en faveur d'un épisode dépressif sévère comme la nécessité d'une hospitalisation en milieu psychiatrique ou une tentative de suicide, ce deuxième épisode réactionnel ne dépasse pas le degré de gravité d'un épisode dépressif moyen, comme c'est typiquement le cas pour des épisodes dépressifs réactionnels.

[L'assurée] décrit une amélioration de son état au cours du traitement auprès du Dr Z._____, ayant notamment permis à l'assurée d'espacer les consultations après environ six mois. Depuis, [l'assurée] décrit la persistance d'une humeur fluctuante, avec des baisses d'humeur en fonction de son état de santé physique qui ne dépasse pas le degré de sévérité d'une dysthymie et qui ne justifie plus une incapacité de travail.

Synthèse et conclusions :

[L'assurée] s'est installée dans un rôle d'invalidé, mettant en avant divers symptômes somatiques et psychiques. Cependant, la description subjective de ces symptômes psychiques présente quelques incohérences importantes avec les éléments objectifs de l'examen actuel comme décrits ci-dessus.

L'assurée ne souffre pas d'une maladie psychiatrique incapacitante de longue durée et sa capacité de travail exigible est entière dans toute activité respectant des éventuelles limitations fonctionnelles somatiques.

L'effort de surmonter les difficultés sur le plan psychique dues à une dysthymie reste raisonnablement exigible. [...] »

Procédant à une analyse sur dossier, les Drs W._____ et J._____, médecins au SMR, ont pris en considération les conclusions des Drs C._____ et K._____ pour estimer le 5 mars 2010 que l'assurée disposait d'une capacité de travail de 85% dans une activité adaptée à ses

limitations fonctionnelles somatiques, soit « une activité légère et sédentaire, autorisant l'alternance des positions assise et debout, excluant le port de charges supérieur à 15kg et les mouvements du rachis en porte-à-faux ». Un épisode dépressif des suites du décès de son père n'avait par ailleurs occasionné qu'une incapacité de travail de courte durée de mai 2007 à novembre 2007.

L'OAI a dès lors déterminé le degré d'invalidité de l'assurée sur la base d'une comparaison des revenus avec et sans invalidité en date du 16 mars 2010. S'agissant du revenu sans invalidité, il a relevé que l'assurée pouvait prétendre à un revenu annuel de 43'752 fr. 80 selon les données communiquées par son ancien employeur. Par ailleurs, un revenu d'invalidité exigible de 43'662 fr. 60 pouvait être dégagé des statistiques salariales, compte tenu d'une capacité de travail de 85% et d'un abattement de 5%. Le taux d'invalidité s'élevait en conséquence à 5,2%.

Par projet de décision du 31 mars 2010, l'OAI a communiqué à l'assurée son intention de lui nier le droit à une rente d'invalidité, précisant que le degré d'invalidité précité n'ouvrait le droit ni à une rente, ni à des mesures de reclassement professionnel.

L'assurée, par le biais de son assurance de protection juridique, a contesté ce projet par écriture du 6 mai 2010 et requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, considérant que son dossier - notamment sur le plan somatique - était incomplet à la date de l'examen du Dr C._____. Elle a souligné avoir consulté le Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, en raison de la gonarthrose diagnostiquée ultérieurement. Elle a joint les rapports de ce praticien, mettant en exergue ses importantes douleurs aux genoux et la probable nécessité de mettre en place des prothèses de ces deux articulations, ainsi qu'un complément du Dr Y._____ évoquant notamment des investigations en cours sur le plan cardiologique.

Un rapport médical a été requis auprès du Dr L._____, qui l'a complété le 3 juin 2010, en communiquant les documents d'imagerie

émanant _____ de _____ la
Dresse P. _____ et les rapports adressés au Dr Y. _____. Il a précisé ne
pas avoir délivré d'incapacité de travail et ne plus avoir revu l'assurée
depuis mars 2009.

Vu l'évolution des gonalgies alléguées par l'assurée et le
diagnostic de gonarthrose bilatérale évoqué depuis l'expertise réalisée par
le _____ Dr _____ C. _____, _____ le
Dr J. _____ a proposé d'effectuer un examen rhumatologique au SMR,
confié à un collaborateur spécialisé en médecine physique et rééducation,
le Dr V. _____.

L'assurée a formulé une nouvelle requête de moyen auxiliaire
le
24 septembre 2010, à savoir des supports plantaires orthopédiques, que
l'OAI a projeté de refuser en date du 1^{er} octobre 2010 en l'absence de
mesures médicales accordées en parallèle.

Dans l'intervalle, en date du 27 septembre 2010, le Dr
V. _____ a communiqué son rapport d'examen, où il a retenu les
diagnostics suivants avec une influence sur la capacité de travail de
l'assurée :

- Lombo-pseudo-sciatalgies chroniques (M54.5) sur troubles
statiques et dégénératifs.
- Gonalgies bilatérales sur gonarthrose débutante (M17.0)
- Obésité morbide (classe III avec BMI à 41).

Son appréciation du cas est notamment libellée en ces
termes :

« [...] L'examen clinique au SMR met en évidence une assurée
obèse, présentant une obésité de classe III morbide, accompagnée
d'un important déconditionnement musculaire global et focal,
associé à un trouble statique manifeste. Les limitations dans les
amplitudes articulaires objectivées au niveau des articulations coxo-
fémorales sont en relation avec la surcharge pondérale, une attitude
oppositionnelle et des phénomènes de contre-pulsions de type
antalgique. Il n'a été objectivé aucune autre limitation dans les
amplitudes articulaires lors de l'examen clinique au SMR.

A signaler l'absence de trouble neurologique objectif à l'examen clinique.

Le reste de l'examen met en évidence une hypertension artérielle, une insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs avec varices, dermite ocre et cyanose périphérique. A signaler par ailleurs la mise en évidence de signes de non organicité selon Waddell et Kummel avec un phénomène d'amplification verbale des plaintes et un comportement de type démonstratif (histrionique). L'assurée présente une chute au ralenti quand nous lui demandons d'effectuer une station monopodale à peine qu'elle ait transféré tout son poids sur la jambe D [réd. : droite]. Après cette chute au ralenti, l'assurée a été tout à fait capable de se relever seule, elle a présenté une mobilité spontanée quasi complète avec absence de plainte algique au niveau des genoux. A signaler que l'assurée est tout à fait capable de maintenir une position assise pendant environ 45 minutes le temps de l'anamnèse, sans mise en œuvre à aucun moment de signe d'épargne ou de signe algique avec une mobilité complète du rachis en flexion/extension, sans mise en œuvre de signe d'épargne ou de signe algique. L'assurée effectue aussi des transferts de la position assise à la position debout de façon spontanée, sans point d'appui particulier ou sans mise en œuvre de signe d'épargne ou de signe algique. Le passage de la position en décubitus dorsal à la position assise s'effectue à l'équerre sans l'aide de bras et à aucun moment l'assurée ne manifeste un signe d'épargne ou un signe algique quelconque.

La documentation radiologique mise à disposition met en évidence un trouble dégénératif au niveau du rachis lombaire sous la forme de discopathies L4-L5 L5-S1 associées à une arthrose postérieure. L'assurée présente aussi une gonarthrose débutante bilatéralement associée à une dégénérescence méniscale bilatérale.

En conclusion : les atteintes à la santé objectives sur le plan ostéoarticulaire sont à l'origine d'une incapacité de travail à 100% dans son activité habituelle. Les atteintes sur le plan ostéoarticulaire sont potentialisées par une obésité morbide de classe III (BMI à 41) et un important déconditionnement musculaire.

Par ailleurs, l'assurée présente un phénomène d'amplification verbale des plaintes avec un comportement de type démonstratif (histrionique), avec mise en évidence de signes de non organicité selon Waddell et Kummel.

Les atteintes à la santé sur le plan ostéoarticulaire induisent des limitations fonctionnelles. Toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles est théoriquement possible à un taux de 100% avec une diminution de rendement de 15%, en relation avec les limitations fonctionnelles retenues.

[...]

Limitations fonctionnelles

Pas de port de charges supérieures à 7,5 kg de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 10 kg. Eviter les positions statiques assises au-delà de 30 à 40 minutes sans possibilité de varier les positions min 1x/h, de préférence à la guise de l'assurée. Pas de position en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis contre résistance. Pas de position debout immobile de type piétinements. Diminution du périmètre de marche à environ 1/2h sur terrain plat. Pas de montée ou descente d'escaliers, pas de position en genuflexion ou accroupie. Pas d'activité en hauteur.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Sur la base des documents mis à disposition au dossier médical et de l'examen clinique réalisé ce jour, une incapacité de travail de 100% dans son activité habituelle est retenue depuis avril 2007, date de sa mise en incapacité de travail.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Elle est restée inchangée en ce qui concerne son activité habituelle. Toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles est théoriquement possible à un taux de 100% avec une diminution de rendement évaluée à 15%. Cette diminution de rendement s'explique par les limitations fonctionnelles retenues.

Les composantes à caractère non organique mises en évidence par les signes de non organicité présentés par l'assurée, la surcharge pondérale et le déconditionnement musculaire n'ont pas été pris en considération pour l'évaluation de la capacité de travail dans une activité adaptée.

Par rapport à l'évaluation rhumatologique du Dr C._____ en décembre 2007, l'état de santé peut être considéré comme sensiblement stationnaire, hormis la confirmation d'une gonarthrose bilatérale aux examens complémentaires réalisés en avril 2008.

Anamnestiquement, l'assurée évoque des douleurs des deux genoux présentes déjà lors de l'expertise du Dr C._____, l'investigation radiologique effectuée au mois d'avril 2008 confirme un processus dégénératif de ses articulations aggravé par la surcharge pondérale. [...] »

Suivant l'appréciation du Dr V._____ et se référant derechef aux conclusions du Dr K._____ sur le plan psychiatrique, les Drs T._____ et J._____ du SMR ont maintenu que l'assurée était dotée d'une capacité de travail de 85% dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles dans un avis du 14 octobre 2010.

Une décision, prononçant le refus de supports plantaires, a été établie le 9 décembre 2010.

Par pli du 2 février 2011, l'assurée s'est prévaluée d'une aggravation de son état de santé, indiquant que la pose de prothèses des genoux était clairement évoquée et que ses douleurs lombaires s'étaient cliniquement péjorées. Elle a ajouté qu'un trouble du rythme cardiaque faisait l'objet d'investigation auprès du Dr Q._____, spécialiste en cardiologie. Elle a annexé à titre de justificatifs les différentes pièces médicales en sa possession.

En date du 10 août 2011, le Dr Q. _____ a fait parvenir son rapport à l'OAI, mentionnant en sus d'un « syndrome d'apnée du sommeil » et de « dorsolombalgies chroniques » le diagnostic d'une « extrasystolite mal ressentie supra-ventriculaire et ventriculaire dans un contexte d'oreillette gauche dilatée », s'accompagnant de « vertiges et de malaise sans perte de connaissance ». Il a précisé que l'exercice d'une activité adaptée n'était pas contre-indiquée sur le plan cardiologique.

Vu ces éléments, les Drs T. _____ et J. _____ du SMR ont réitéré le 29 août 2011 que l'assurée pouvait mettre à profit une capacité de travail de 85% dans une activité adaptée.

C. L'OAI a rendu une décision le 14 octobre 2011, confirmant son projet de décision du 31 mars 2010 et niant le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, compte tenu de l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée à 85% et d'un degré d'invalidité de 5,2% obtenu après comparaison des revenus.

Par courrier daté du 18 novembre 2011, formellement remis auprès de l'OAI le 25 novembre 2011, l'assurée a contesté cette décision, arguant de « nouveaux éléments ».

Représentée par un nouveau mandataire, Me Jean-Michel Duc, l'assurée a recouru par acte du 22 décembre 2011, auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision de l'OAI du 14 octobre 2011, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} décembre 2008.

Son médecin traitant, le Dr Y. _____, a en parallèle signalé à l'OAI le 15 mars 2012, que sa patiente présentait une dégénérescence maculaire de l'œil gauche. Il a produit un certificat en attestant, établi le 14 mars

2012 par le
Dr AA._____, spécialiste en ophtalmo-chirurgie.

Eu égard à cette nouvelle atteinte à la santé oculaire unilatérale, le SMR, par l'intermédiaire du Dr B._____, a indiqué que la capacité de travail préalablement reconnue à l'assurée ne se trouvait pas affectée au-delà des précédentes appréciations, dans un avis du 24 mai 2012.

Le recours de l'assurée contre la décision de l'OAI du 14 octobre 2011 a été déclaré irrecevable par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour cause de tardiveté par arrêt du 11 juin 2012 (AI 366/11 - 198/2012), entré en force.

D. Aux termes d'une correspondance du 11 juillet 2012, réceptionnée par l'OAI le lendemain, l'assurée, par le biais de son conseil, a formellement sollicité la révision de son droit aux prestations AI, annonçant la production d'un rapport ultérieur du Dr Y._____.

L'OAI a attiré son attention sur la teneur des art. 87 RAI et suivants le 16 juillet 2012, invitant l'assurée à rendre plausible toute modification de son état de santé ou de sa situation personnelle susceptible d'influencer ses droits, et lui a imparti un délai à cette fin sous peine de refus d'entrée en matière.

En date du 25 septembre 2012, l'assurée a fait parvenir à l'OAI des rapports émanant de l'Hôpital S._____, des Drs A._____ et I._____, spécialistes en ophtalmologie, ainsi que du Dr Y._____, et relevé _____ que _____ le Dr Z._____ fournirait prochainement un rapport actualisé. Elle a en outre requis l'octroi de l'assistance juridique gratuite dans le cadre de la procédure de révision.

Le rapport des Drs A._____ et I._____, datant du 8 février 2011, relate une consultation de l'assurée en décembre 2010 en raison

d'une « perte progressive de l'acuité visuelle de l'œil gauche » en sus d'une « forte myopie bilatérale avec amblyopie probable de l'œil gauche ». Ils ont par ailleurs observé une « cataracte » de même qu'un « remaniement de l'épithélium pigmentaire juxtafovéolaire » et informé le médecin généraliste de l'annulation par l'assurée d'un rendez-vous préopératoire.

Les médecins de l'Hôpital S. _____ ont pour leur part indiqué les 8 août 2012 et 4 septembre 2012 que l'assurée souffrait d'un « retard de perfusion de l'artère centrale de la rétine gauche », d'une « myopie forte bilatérale » et d'une « sclérose maculaire débutante bilatérale ». Ils ont signalé un suivi bisannuel de l'assurée.

Le 1^{er} octobre 2012, l'assurée a complété sa précédente écriture mettant en exergue les diagnostics relevés par les ophtalmologues dans son cas, sans perspective thérapeutique, et faisant valoir une incapacité de travail de 75% sur le plan purement somatique, selon le rapport du Dr Y. _____ du 25 septembre 2012. Elle a rappelé souffrir également d'un « état anxieux dépressif », joignant à titre de justificatif un certificat du Dr Z. _____, non daté et libellé notamment en ces termes :

« [...] je tiens à souligner qu'actuellement [l'assurée] montre toujours les mêmes comportements alimentaires (crises d'hyperphagie boulimique) et au vu de ce qui a pu être traité dans le cadre de nos séances, nous pouvons maintenant dire qu'il s'agissait déjà à cette époque d'une hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques (code F50.4 dans la CIM-10). En effet, soumise à de nombreuses pertes (son père et le départ de son mari) dans une situation de migration complexe, cette femme mange fréquemment de façon compulsive pour parer à sa dépression et ce déjà en 2008. Il est clair que ces comportements sont associés au processus de deuil dans lequel elle était déjà engagée en 2008 et qui cause toujours des difficultés actuellement. Nous voudrions attirer ici votre attention sur le fait que plus qu'un comportement invalidant, ce trouble témoigne de la forte souffrance que notre patiente vit et vivait quotidiennement et montre la difficulté qu'elle a et avait à maîtriser ses états dépressifs. Dans ce sens là et en plus des problèmes psychiques associés à ses douleurs somatiques, il nous semble tout à fait juste de dire qu'une activité professionnelle à 100% était inenvisageable pour cette femme. »

Elle a au surplus réitéré sa requête d'octroi de l'assistance juridique gratuite dans le cadre de la procédure de révision.

Le SMR, par l'intermédiaire du Dr B._____, s'est déterminé comme suit le 7 novembre 2012 :

« [...] L'assurée dépose une nouvelle demande AI le 31.08.2012 [recte : le 11 juillet 2012]; son conseil produit deux petits rapports de consultation de l'hôpital ophtalmologique d'août et septembre 2012 faisant état d'une perte de vision de l'œil gauche (amblyopie), avec une vision de l'œil droit à 80%. Il s'agit bien d'un élément médical nouveau, mais qui n'a en principe pas d'incidence sur la CT [réf. : capacité de travail] (sauf pour une activité nécessitant une vision binoculaire). Me Duc produit aussi un certificat médical non daté du Dr Z._____, psychiatre, qui, sans apporter d'argument, dit n'être pas d'accord avec les conclusions de l'expertise N._____. SA de janvier 2010, estimant qu'une activité à 100% est inenvisageable depuis 2008 ; nous n'avons pas de raison de nous écarter des conclusions de l'expert, moins empathique. Les éléments avancés par l'avocat ne constituent donc pas des faits susceptibles de modifier les conclusions de l'avis SMR du 14.10.2010. »

Par un premier projet de décision du 28 novembre 2012, l'OAI a refusé l'assistance juridique gratuite dans le cadre de la procédure de révision, considérant qu'au stade précédant un projet de décision, l'assistance d'un avocat n'était pas indispensable, un tiers pouvant soutenir l'assurée dans ses relations avec les organes de l'AI. Il a relevé que même en cas de contestation ultérieure de son projet de décision, les conditions de l'assistance juridique gratuite ne seraient de toute façon pas remplies faute de complexité de la procédure de révision sur demande. De même, l'assistant d'un mandataire autre qu'un avocat s'avérerait à son sens suffisante.

Dans un second projet de décision daté du même jour, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de révision formulée le 11 juillet 2012, estimant que l'assurée n'avait pas rendu plausible une modification de la situation de fait susceptible d'influencer ses droits.

Par correspondance du 16 décembre 2012, le Dr Y._____ a souligné que sa patiente présentait une « importante perte de vision [...] »

depuis environ une année avec une forte péjoration ces derniers mois ». Il a précisé que la perte de vision était estimée à 80% en raison d'une « sténose de l'artère centrale de la rétine », possiblement due à la « migration d'embolies d'origine cardiaque (anévrisme fixe du septum interauriculaire avec foramen ovale perméable) ». Des investigations étaient par ailleurs encore en cours.

L'assurée, représentée par son conseil, a rappelé en date du 4 janvier 2013, avoir subi deux accidents les 8 octobre 2007 et 12 décembre 2007, documentés dans le dossier de l'assurance-accidents, O._____SA. Elle a sollicité la production des pièces corrélatives et leur prise en considération dans le contexte d'un réexamen de ses droits sous l'angle de la révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA.

Le 18 janvier 2013, l'assurée a fait part de ses objections à l'encontre du projet relatif à l'assistance juridique gratuite. Elle a souligné n'avoir pu se défendre adéquatement dans le cadre de la procédure clôturée par l'arrêt du 11 juin 2012 prononçant l'irrecevabilité de son recours contre la décision initiale du 14 octobre 2011. Elle a considéré que cet élément démontrait son incapacité à assurer la défense de ses propres intérêts, qui plus est dans le contexte d'une procédure de révision sur demande, au regard des conditions jurisprudentielles régissant l'entrée en matière de l'administration. Non sans relever l'enjeu important de la procédure administrative, elle a conclu à l'octroi de l'assistance juridique gratuite d'un avocat.

L'OAI s'est enquis des pièces relatives aux accidents des 8 octobre 2007 et 12 décembre 2007 auprès de O._____SA, laquelle lui a fait parvenir un tirage du rapport d'expertise bidisciplinaire du centre d'expertises N._____SA du 17 novembre 2008.

Par deux décisions séparées du 21 mars 2013, l'OAI a confirmé ses deux projets de décision du 28 novembre 2012, réitérant pour l'essentiel les arguments développés dans ces documents.

A la même date, il a également établi un projet de décision de rejet de la demande de révision procédurale, indiquant avoir eu connaissance en temps utile des accidents des 8 octobre 2007 et 12 décembre 2007, non sans rappeler que l'assurée avait fait l'objet de plusieurs expertises postérieurement à ces événements. Les conséquences éventuelles de ceux-ci avaient donc dûment été prises en compte dans l'évaluation de sa capacité de travail. Partant, ces événements ne constituaient pas des faits nouveaux.

E. Représentée par Me Duc, l'assurée a déféré les deux décisions du 21 mars 2013 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 5 avril 2013, concluant à leur annulation. Eu égard à la décision de refus d'entrer en matière sur sa demande de révision, elle a mis en exergue les rapports médicaux produits sur incitation de l'OAI, arguant d'une aggravation globale et importante de son état de santé compte tenu notamment de ses nouvelles pathologies oculaires et de la persistance de ses gonalgies. Elle a par ailleurs relevé que son état psychique s'était dégradé, tandis que son psychiatre traitant avait constaté un état dépressif récurrent, contrairement aux experts l'ayant précédemment examinée. Quant à la question de l'assistance juridique en procédure administrative, la recourante a fait valoir la complexité de la procédure en cause « tant sur le plan des faits que du droit » au vu des divergences médicales et de la diversité de ses pathologies somatiques et psychiques, tout en rappelant qu'une décision initiale de l'OAI du 14 octobre 2011 était entrée en force. Elle a enfin requis l'assistance judiciaire gratuite pour la procédure de recours.

Elle a par ailleurs produit un rapport du Dr Z. _____ daté du 5 avril 2013, également adressé à l'OAI, où ce praticien a notamment exposé ce qui suit :

« [...] En 2012, [l'assurée] se rend compte qu'elle a perdu son œil gauche à cause d'une cataracte. La prise de conscience de l'irréversibilité de cette perte visuelle partielle a engendré l'angoisse incessante de perdre l'œil droit. En effet, elle ne saurait plus quoi faire sans celui-ci, car dit-elle, « c'est à peu près tout ce qu'il lui reste ». En plus de ce sentiment très fort d'angoisse, elle dit culpabiliser.

En février 2013, [l'assurée] a commencé à avoir des sensations très gênantes. En effet, lorsqu'elle s'assoupit ou lorsqu'elle est couchée sans être endormie, elle sent « le sang monter de la nuque jusqu'au sommet du crâne ». Cela exerce une pression relativement forte et génère un puissant sentiment d'angoisse. Elle dit aussi souvent éprouver l'impression de s'étouffer lorsqu'elle est couchée ce qui l'expose à « la peur de mourir », comme elle le dit elle-même.

Douleurs et troubles annoncés

Au niveau somatique, [l'assurée] se plaint fortement des douleurs qu'elle a aux jambes. Cela fait depuis que nous avons commencé à la suivre que ces douleurs sont constantes. Elle évoque, depuis la même période, une grande fatigue, des difficultés à marcher et à se mouvoir de manière générale. Ces difficultés varient d'un jour à l'autre et ne sont pas dépendantes du temps, ce qui la laisse dans le sentiment d'une perte de contrôle de son corps. Cette limitation de mouvement la rend facilement irritable. Notre patiente a depuis longtemps des difficultés à s'endormir ou des réveils en sursaut dus à ses cauchemars. Les sensations qui sont apparues cette année l'empêche encore davantage de dormir. C'est ainsi que ses sensations corporelles entretiennent la fatigabilité, l'irritabilité, le sentiment d'échec ainsi que celui de désespoir chez [l'assurée].

Sur le plan psychique, les cauchemars liés au décès de son père sont malheureusement toujours présents. En plus de la tristesse évoquée en lien avec les nombreuses pertes qu'elle a subies, elle dit se sentir coupable par rapport à la régression de son état somatique ainsi que par rapport à certains choix qu'elle a faits dans le passé. Elle rapporte également être de plus en plus irritable par rapport aux gens qui l'entourent et ce spécifiquement dans les lieux publics. Elle se questionne beaucoup par rapport à son passé et se sent « mourir » au fil du temps qui passe. Elle éprouve passablement d'inquiétudes quant au fait qu'elle a des « trous de mémoire » probablement dus à son état d'anxiété quasiment constant. Capable de projeter la vie de son fils dans l'avenir, elle ne parvient pas à le faire pour elle-même.

Au niveau comportemental, notre patiente rapporte, depuis longtemps, des moments de suralimentation compulsive qui se caractérisent sur le plan affectif par un mélange entre de l'ennui et de la frustration. Après coup, elle dit ressentir du dégoût envers elle-même et de la culpabilité. Pour finir, elle se sent triste.[...]

Bien qu'en discussion, elle amène des éléments qui la tourmentent, la rendent triste ou l'énervent, [l'assurée] verbalise très peu ses émotions. Cependant, au niveau paraverbal et non verbal, nous pouvons observer une oscillation constante entre des signes d'anxiété, de tristesse, de culpabilité et de colère.

Diagnostic :

Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2/CIM-10).

Hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques (F50.4/CIM-10).

Trouble panique sans agoraphobie (F41.0/CIM-10).

Diagnostic différentiel :

Anxiété généralisée (F41.1/CIM-10).

[...]

Discussion et pronostic

En sus des troubles évoqués dans le présent rapport, nous notons la perte de l'œil gauche ainsi qu'une augmentation des symptômes dépressifs et anxieux étroitement liés aux douleurs somatiques qu'elle évoque. Comme nous l'avons pronostiqué en 2008, l'état de [l'assurée] s'est détérioré. Le contenu de nos suivis nous laisse clairement penser que le simple fait de maintenir son fonctionnement psychosocial et physique au niveau actuel est exténuant. En raison de ces constatations nous estimons que [l'assurée] se trouve dans une incapacité de travail à 100%. Toutefois, en tenant compte de son état psychique et physique actuel, [l'assurée] a une très grande force ainsi qu'une grande volonté d'autonomie. »

Le juge instructeur a octroyé à l'assurée le bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite, par décision du 10 avril 2013, soit l'exonération de toute avance de frais et la désignation de Me Jean-Michel Duc en qualité d'avocat d'office, avec effet au 5 avril 2013.

L'intimé s'est déterminé sur le recours à teneur d'une écriture du 16 mai 2013, où il a proposé le rejet de l'ensemble des conclusions de l'assurée. Il a observé que l'atteinte ophtalmique dont s'est prévalu la recourante, bien que constituant un fait nouveau, n'était pas susceptible d'entraver l'exercice d'une activité lucrative adaptée au taux pris en compte antérieurement par le SMR. Concernant les gonalgies et l'état de santé psychique, la recourante n'avait apporté aucun élément faisant état d'une aggravation. L'intimé a souligné au surplus que le rapport du 5 avril 2013 du Dr Z. _____ ne pouvait être pris en considération à ce stade de la procédure en vertu de la jurisprudence contenue à l'ATF 130 V 64 consid. 5.2.5. Eu égard à l'assistance juridique gratuite en procédure administrative, l'OAI a renvoyé au texte de la décision querellée.

Par réplique du 7 juin 2013, la recourante a relevé que le rapport _____ du Dr Z. _____ du 5 avril 2013 était intervenu postérieurement à la décision litigieuse par « pure coïncidence » afin que soient étayées les diverses

pathologies psychiatriques de l'assurée. Elle a fait part de son étonnement que les juristes au service de l'intimé se prononcent sur les pièces médicales en lieu et place du SMR et persisté dans ses précédentes conclusions.

Tant l'intimé que la recourante ont maintenu leurs prises de position, par écritures respectives des 1^{er} juillet 2013 et 23 août 2013, l'assurée ayant au surplus insisté sur le devoir d'instruction du tribunal, lequel impliquait à son sens la prise en compte du rapport complémentaire du Dr Z. _____.

Le 4 septembre 2013, le mandataire de l'assurée a fait parvenir la liste des opérations entreprises par son étude dans le cadre de la présente procédure.

E n d r o i t :

1.

1.1 Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

1.2 La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par

le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

1.3 Par ailleurs, la décision par laquelle l'assureur accorde ou refuse l'assistance juridique gratuite pour la procédure administrative en matière d'assurance sociale en vertu de l'art. 37 al. 4 LPGA est une décision d'ordonnancement de la procédure au sens de l'art. 52 al. 1 LPGA (ATF 131 V 153 consid. 1). Elle peut directement être attaquée par la voie du recours devant le tribunal cantonal des assurances (art. 56 al. 1 LPGA).

Le recours contre une telle décision incidente est formé devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, conformément à l'art. 74 al. 4 let. a LPA-VD, par renvoi de l'art. 99 LPA-VD, car le refus de l'assistance judiciaire est de nature à causer un « préjudice irréparable » au sens de cette disposition (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 : Corboz/Wurzburger/Ferrari/Frésard/Aubry Girardin, Commentaire de la LTF, 2009, n° 17 ad art. 93 et les références citées).

1.4 Interjeté en temps utile devant le tribunal compétent (art. 60 al. 1 LPGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA et 79 LPA-VD), le recours formé le 5 avril 2013 contre les décisions de l'OAI du 21 mars 2013 est ainsi recevable.

2. Est litigieux le refus de l'OAI d'entrer en matière sur la seconde demande de prestations présentée par la recourante le 12 juillet 2012, tel que communiqué par décision du 21 mars 2013.

La recourante conteste également le refus de l'assistance juridique gratuite au stade de la procédure administrative, notifié par décision séparée, également datée du 21 mars 2013.

Il convient donc dans le cadre de la présente procédure de se prononcer dans un premier temps sur le point de savoir si l'assurée a rendu plausible une modification significative de l'état de fait, qui justifierait la révision de son cas depuis le 14 octobre 2011 (date de la décision initiale de refus de rente), eu égard aux pièces médicales produites par devant l'intimé dès mars 2012.

Il s'agira dans un second temps de déterminer si l'intimé était fondé à refuser l'assistance juridique gratuite pour la procédure de révision entamée à la demande de l'assurée le 12 juillet 2012.

3.

3.1 En vertu de l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012] ;

RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impuissance ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que, lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impuissance ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies.

3.2 Selon la jurisprudence fédérale (applicable mutatis mutandis à l'actuel art. 87 al. 2 et 3 RAI), l'exigence posée par l'ancien art. 87 al. 3 et 4 RAI doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 64 consid. 5.2.3 ; 117 V 198 consid. 4b ; 109 V 108 consid. 2a). Une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 372 consid. 2b ; SVR 1996 IV n° 70 p. 204 consid. 3a et les références ; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, p. 259).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF [Tribunal fédéral] 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2 ; 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2 ; 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.2).

3.3 Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPG), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 2 RAI (ATF 125 V 195 consid. 2 ; 122 V 158 consid. 1a et les références).

Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 ; art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1^{er} janvier 2003) – qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 2 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (art. 5 al. 3 et 9 Cst [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 ; 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3).

Dans un litige relatif à une nouvelle demande de prestations, l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Le juge doit donc examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait au moment où l'administration a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 précité ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2).

L'on ajoutera que 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 conformes au droit, constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5).

4. En l'espèce, la recourante a fait l'objet de multiples investigations sous l'égide de O._____SA, ainsi que dans le contexte de sa première demande de prestations AI, qu'elle a déposée le 6 décembre 2007 et qui s'est soldée par la décision de refus du 14 octobre 2011.

4.1 Sous l'angle somatique, elle a été expertisée par le Dr C._____, puis par le Dr F._____ au sein du centre d'expertises N._____SA, de même que par le Dr V._____ auprès du SMR (cf. rapports respectifs de ces spécialistes des 5 décembre 2007, 17 novembre 2008 et 27 septembre 2010).

Pour l'essentiel, ces praticiens ont retenu des atteintes dégénératives de la colonne lombaire et des genoux au titre d'affections influençant la capacité de travail de l'assurée. En particulier, se ralliant aux observations du Dr C._____, le Dr V._____ a estimé que l'assurée était en mesure de déployer une activité lucrative à un taux de 85%, pour autant que cette activité évite le port de charges lourdes, l'usage d'escaliers, les piétinements et les positions en porte-à-faux du rachis, tout en permettant l'alternance des positions.

Les conclusions de l'examen réalisé au SMR ont ainsi fondé la décision de l'OAI du 14 octobre 2011, entrée en force, aux termes de laquelle l'administration a retenu un degré d'invalidité de 5,2% compte tenu d'une capacité de travail résiduelle de 85% dans l'exercice d'une activité adaptée.

Dans le contexte de la demande de révision, formellement déposée le 12 juillet 2012, l'assurée allègue une aggravation de ses douleurs aux genoux et au dos.

Cela étant, force est de relever, à l'instar de l'intimé, que cette assertion n'est corroborée par aucun élément médical concret ou objectif nouveau, qui attesterait d'une modification substantielle de cette problématique et qui serait de nature à justifier le réexamen de la situation par l'OAI.

Cette symptomatologie douloureuse, évoquée brièvement par le psychiatre traitant de l'assurée, le Dr Z._____, dans le document produit le 1^{er} octobre 2012, constitue incontestablement un élément connu de l'intimé et dûment investigué dans le cadre de l'examen du SMR mentionné supra.

Cela étant, l'argumentation de l'assurée repose prioritairement sur les problèmes oculaires diagnostiqués au plus tard en décembre 2010 par les Drs A._____ et I._____ (cf. rapport de ces spécialistes du 8 février 2011). Ces affections se seraient péjorées au point d'entraîner une « baisse importante de vision depuis plusieurs mois » selon les explications communiquées par le Dr Y._____ le 16 décembre 2012. En outre, l'assurée a fait l'objet d'exams au sein de l'Hôpital S._____, lesquels ont mis en évidence une forte « myopie bilatérale », un « retard de perfusion de l'artère centrale de la rétine gauche » et une « sclérose maculaire débutante bilatérale » (cf. rapports des 8 août 2012 et 4 septembre 2012).

Les médecins traitants de l'assurée ne se prononcent toutefois pas sur l'impact de ces problèmes ophtalmiques en termes de capacité de travail, singulièrement sur la mesure dans laquelle ils seraient susceptibles

d'entraver l'exercice d'une activité adaptée au taux de 85%, tel que préalablement déterminé par le SMR.

Il n'est dès lors pas rendu plausible que les diagnostics observés sur le plan ophtalmologique - au demeurant à une date antérieure à la décision initiale du 14 octobre 2011 - altèrent désormais de manière significative la capacité de travail de la recourante dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles.

A cet égard, seul le SMR, par l'intermédiaire du Dr B._____, s'est exprimé, considérant que les affections oculaires en question ne sauraient diminuer l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative au taux de 85%, à la condition que dite activité ne nécessite pas une vision binoculaire (cf. avis du 7 novembre 2012).

En l'absence de toute explication médicale étayée permettant de douter de cette conclusion, force est de retenir que l'assurée n'a pas rendu plausible une modification substantielle de son état de santé somatique, qui imposerait une nouvelle détermination de sa capacité de travail et de gain, au sens requis par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI.

4.2 Quant à la problématique psychique - exposée une nouvelle fois par le Dr Z._____ à teneur du certificat non daté, produit le 1^{er} octobre 2012 - les observations de ce spécialiste ne diffèrent pas substantiellement des constats communiqués à l'occasion de la première demande de prestations déposée par la recourante. Il apparaît en effet que le Dr Z._____ a systématiquement indiqué que sa patiente présentait des troubles dépressif, de l'alimentation et du sommeil dans le contexte de ses douleurs somatiques. Il a par ailleurs régulièrement fait état d'une appréciation différente de la capacité de travail de sa patiente en comparaison des conclusions des experts psychiatres.

En aucun cas, le certificat produit le 1^{er} octobre 2012 ne vient sérieusement relater une modification sensible de l'état de santé de la recourante sous l'angle psychique.

Quant au rapport complémentaire du Dr Z._____, daté du 5 avril 2013, produit à l'occasion de la présente procédure de recours, il convient de se rallier aux prises de position de l'OAI des 16 mai 2013 et 1^{er} juillet 2013. Ce document, dont ce dernier ne disposait pas à la date de la décision entreprise, a lieu d'être écarté par la Cour de céans pour trancher le présent litige, conformément à la jurisprudence fédérale mise en exergue sous considérant 3.3 supra et dûment rappelée par l'intimé.

L'on se doit ainsi de conclure, sur la base des pièces constituant le dossier de l'intimé à la date du 21 mars 2013 que la recourante n'a pas rendu vraisemblable que son état de santé psychique s'était modifié au point de justifier la révision de son taux d'invalidité, partant de son droit aux prestations de l'AI, depuis la décision de l'OAI du 14 octobre 2011.

4.3 Au demeurant, si par impossible il se justifiait de se déterminer compte tenu du rapport complémentaire du Dr Z._____ du 5 avril 2013, l'on ne parviendrait pas à une conclusion différente.

Ce praticien a en effet relaté pour l'essentiel une situation stationnaire, son appréciation de la capacité de travail n'ayant nullement varié depuis le début de sa prise en charge. Il souligne certes une majoration des « symptômes dépressifs et anxieux » liés aux douleurs somatiques de sa patiente, ainsi que générés par la « perte de l'œil gauche » et par l'apparition de « sensations très gênantes [...] de la nuque au sommet du crâne ». Cela étant, l'on ne voit pas dans quelle mesure cette aggravation revêtirait un caractère durable ou une intensité particulière qui viendrait remettre en question les conclusions des experts psychiatres ayant précédemment investigué le cas de l'assurée. Quant à la mention d'un diagnostic nouveau, à savoir celui de « trouble panique sans agoraphobie », le Dr Z._____ n'expose pas précisément les raisons qui l'ont amené à le retenir et n'en décrit pas davantage les implications concrètes en termes de limitations fonctionnelles ou de capacité de travail. Dès lors, l'on ne peut que déduire qu'une modification

substantielle et durable de l'état de santé psychique de la recourante n'a pas été rendue suffisamment vraisemblable en l'état.

4.4 Il résulte en définitive de ce qui précède que l'intimé était légitimé à ne pas instruire sur le fond la demande subséquente présentée par la recourante, formulée d'ailleurs moins d'une année suivant la décision du 14 octobre 2011, et à prononcer le refus d'entrer en matière litigieuse.

Le recours est en définitive manifestement mal fondé, ce qui implique la confirmation de la décision de refus d'entrer en matière de l'OAI du 21 mars 2013.

5. Par ailleurs, l'intimé a également rejeté à la même date la demande d'assistance juridique gratuite déposée par la recourante, considérant que la situation de fait ne posait aucun problème particulier et que le cas d'espèce ne présentait pas de questions de droit spécifiques, tandis que le litige portait au fond sur la démonstration d'une aggravation de l'état de santé, soit d'un motif de révision depuis le 14 octobre 2011.

5.1 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, sur la base de l'art. 37 al. 4 LPGA.

La LPGA a ainsi 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/Bâle/Genève 2009, n° 22 ad art. 37).

La jurisprudence y relative rendue dans le cadre de l'art. 4 aCst

(cf. art. 29 al. 3 Cst.) sur les conditions de l'assistance judiciaire en procédure d'opposition - à savoir que la partie soit dans le besoin, les conclusions non dépourvues de toute chance de succès et l'assistance 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 ; TFA I 557/04 du 29 novembre 2004 consid. 2.1 et I 386/04 du 12 octobre 2004 consid. 2.1 ; FF 1999 4242).

Le point de savoir si les conditions de l'assistance 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, mentionne l'octroi de l'assistance judiciaire gratuite lorsque les circonstances le « justifient », tandis que l'art. 37 al. 4 LPGA, applicable à la procédure administrative, prévoit d'accorder l'assistance gratuite d'un conseil juridique lorsque les circonstances « l'exigent » (TFA I 674/04 précité consid. 6.2 et les références ; Ueli Kieser, op. cit., n° 22 ad art. 37).

5.2 L'assistance d'un avocat s'impose uniquement dans les cas exceptionnels où il y a lieu de recourir aux services d'un tel mandataire parce que des questions de droit ou de fait difficiles rendent son assistance 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 précité 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 (ATF 130 I 182 consid. 2.2 et les références ; 125 V 32 précité consid. 4 ; TF 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 de s'orienter dans une procédure (ATF 132 V 200 précité consid. 4.1 et les références ; TF 9C_674/2011 précité consid. 3.2). 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 (TF 9C_105/2007 du 13 novembre 2007 consid. 3.1 ; TFA I 557/04 précité consid. 2.2 et I 319/2005 du 14 août 2006 consid. 4.2.1).

5.3 Selon la jurisprudence, un litige portant sur l'octroi d'une rente d'invalidité n'est pas susceptible d'affecter de manière particulièrement grave la situation juridique de l'assuré, mais a en revanche une portée considérable (TF I 127/07 du 7 janvier 2008 consid. 5.2.1 ; 9C_105/2007 précité consid. 3.1 ; TFA I 319/05 du 14 août 2006 consid. 4.2.1). La nécessité de l'assistance gratuite ne peut donc être admise d'emblée, mais n'existe que lorsque à la relative difficulté du cas s'ajoute la complexité de l'état de fait ou des questions de droit, à laquelle le requérant n'est pas apte à faire face seul (cf. supra consid. 2).

5.4 A titre d'exemple, dans l'affaire qui a donné lieu à l'arrêt du Tribunal fédéral I 127/07 du 7 janvier 2008, l'OAI avait refusé l'assistance juridique gratuite à une assurée, motif pris que le degré de complexité du cas ne justifiait pas l'assistance d'un avocat. Le Tribunal cantonal des assurances avait confirmé la décision de l'OAI, au motif que la complexité du cas n'était pas telle que d'autres personnes, comme un assistant social, ou un spécialiste œuvrant au sein d'une institution sociale, n'auraient pas

pu être valablement consultées. Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral a admis le fait que l'intéressée n'était pas en mesure d'agir seule, ceci n'étant pas contesté par les parties. Il a cependant examiné la nécessité ou non de l'assistance par un avocat. L'assurée souffrait de syndrome cervico-lombo-vertébral chronique et de fibromyalgie et demandait une rente d'invalidité de ce fait. Les éléments du dossier démontraient qu'elle était capable de travailler dans une activité adaptée. Le Tribunal fédéral a estimé que l'état de fait n'était pas problématique et qu'il n'y avait pas de questions de droit spécifiques. Sur cette base, il a retenu que l'assistance d'un avocat ne se justifiait pas, alors qu'un assistant social ou toute autre personne qualifiée œuvrant au sein d'une institution sociale aurait pu à satisfaction représenter l'assurée. Le recours interjeté par cette dernière a ainsi été rejeté.

Dans l'arrêt susmentionné 9C_105/2007 du 13 novembre 2007, le Tribunal fédéral a considéré que le fait pour un assuré de ne pas avoir un niveau de formation et des connaissances en français suffisants pour contester seul une décision de refus de prestations suffisait à considérer qu'une assistance était nécessaire, mais ne permettait pas de justifier en soi l'assistance par un avocat.

6. In casu, la procédure pour laquelle l'assistance juridique gratuite a été sollicitée est une procédure de révision sur demande, au cours de laquelle il incombait à l'assurée de rendre vraisemblable une modification déterminante de sa situation médicale ou professionnelle qui aurait imposé le réexamen de ses droits en matière AI.

En vertu de la jurisprudence rappelée supra sous considérant 3.3, l'administration se doit dans de telles constellations d'expliquer à l'assuré les réquisits imposés par l'art. 87 al. 2 et 3 LAI, ce en lui impartissant un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve et en l'avertissant des conséquences de leur défaut.

L'on ne voit dès lors pas en quoi une procédure de révision sur demande présenterait des problèmes complexes de fait et de droit qui rendraient indispensables l'assistance d'un avocat.

La présente affaire ne comprenait au demeurant pas de particularité procédurale ou juridique propre, hormis en lien avec les exigences spécifiques de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI. Elle ne présentait pas davantage de caractère exceptionnel au niveau de la phase d'examen administratif des pièces produites jusqu'à l'émission d'un projet de décision, respectivement d'une décision.

En l'occurrence, la correspondance adressée par l'intimé à la recourante le 16 juillet 2012 a exposé par le détail les éléments nécessaires - essentiellement du registre médical - à une réouverture de son dossier, sans qu'une explication supplémentaire d'un homme de loi n'apparût indiquée pour en percevoir le sens ou l'importance.

D'un point de vue tant factuel ou médical que juridique, force est de déduire que la situation de la recourante ne présentait aucune problématique spécifique qu'une association, un assistant social ou un représentant d'une institution sociale n'aurait pas été à même de traiter à satisfaction.

Au surplus, l'on ajoutera que les atteintes à la santé psychique diagnostiquées auprès de l'assurée n'atteignent pas une intensité telle qu'elle aurait été empêchée de recourir spontanément aux services d'une association ou d'une institution sociale. Elle a d'ailleurs été en mesure de solliciter par le passé une assurance de protection juridique.

Enfin, l'issue de la précédente procédure auprès de la Cour de céans, où le recours de l'assurée a été déclaré irrecevable par arrêt du 11 juin 2012, ne lui est d'aucun secours. Le recours en question avait été déposé tardivement, sans que l'on ne puisse en déduire que l'assurée eût été incapable de s'orienter dans la procédure sur le fond.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que l'assistance d'un avocat n'était pas nécessaire à la recourante pour défendre ses intérêts devant l'autorité intimée.

L'OAI n'a donc pas violé le droit fédéral en rejetant la demande d'assistance juridique gratuite déposée pour la recourante, les griefs formulés à cet égard devant être écartés et la décision de refus de l'assistance juridique gratuite du 21 mars 2013 confirmée.

7.

7.1 La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD).

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 [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], 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 et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

7.2 En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés 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 cette dernière est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

Il n'y a au demeurant 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 LPGA).

7.3 La recourante bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Jean-Michel Duc à compter du 5 avril 2013 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'indemnité due au conseil d'office porte sur les opérations nécessaires à la conduite de la procédure elle-même, et qui entrent de surcroît dans le cadre temporel fixé par la décision d'octroi.

Le 4 septembre 2013, Me Duc a produit le relevé des opérations soi-disant liées à la présente procédure. La liste corrélatrice s'étend cependant du 22 décembre 2011 au 23 août 2013, tout en englobant des démarches effectuées pour le compte de l'assurée à l'égard de l'assurance de prévoyance professionnelle, à concurrence d'un total de plus de 34 heures. Cette liste doit en conséquence être réduite pour respecter les limites temporelles et matérielles fixées par la décision du juge instructeur du 10 avril 2013, soit en ne prenant en considération que les opérations effectuées dans le cadre du recours entamé le 5 avril 2013 en matière AI.

Il s'agit ainsi de retenir les opérations effectuées par Me Duc et son avocate-stagiaire dès le 13 mars 2013, à l'exclusion des démarches effectuées auprès de la caisse de pension de l'assurée. Ce sont en définitive 13 heures et 25 minutes qui peuvent être créditées en faveur de Me Duc, tandis que Me Tania Pasandin, avocate-stagiaire, a consacré 45 minutes pour le compte de l'assurée.

L'indemnité due à l'étude de Me Duc doit être arrêtée à 13 heures et 25 minutes au tarif horaire de 180 fr., soit 2'415 fr., en sus de 45 minutes au tarif horaire de 110 fr, soit 82 fr. 50 (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile; RSV

211.02.3]). A ces montants s'ajoutent les débours arrondis à 150 fr. et la TVA au taux de 8%, ce qui représente un montant total de 2'859 fr. 30 pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause.

Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, tandis qu'il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement correspondantes (art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision de refus d'entrer en matière, rendue le 21 mars 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, est confirmée.
- III.** La décision de refus de l'assistance juridique gratuite, rendue le 21 mars 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, est confirmée.
- IV.** Les frais, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement mis à la charge de l'État.
- V.** Il n'est pas alloué de dépens.
- VI.** L'indemnité d'office de Me Duc, conseil de la recourante, est arrêtée à 2'859 fr. 30 (deux mille huit cent cinquante-neuf francs et trente centimes), débours et TVA compris.
- VII.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD,

tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'État.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc, à Lausanne (pour U._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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

La greffière :