

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 février 2014

Présidence de M. MERZ
Juges : Mme Pétremand et Mme Rossier, assesseures
Greffier : M. Bohrer

Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourante, représentée par Asllan Karaj,

et

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

**Art. 6, 7, 8, 17, 28 al. 8, 43, 61 let. a et c LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 2
LAI ; 87 RAI**

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1976, originaire du Kosovo, mariée, mère de plusieurs enfants mineurs, sans formation professionnelle, arrivée en Suisse en 1995, est au bénéfice d'une autorisation d'établissement (permis C). Elle a déposé le 4 mai 2006 une première demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI). Dans le cadre de cette demande, elle a indiqué avoir travaillé comme nettoyeuse pour l'entreprise A._____ SA de 2000 à 2005. Sans préciser la nature de son atteinte à la santé, elle a exposé que celle-ci existait depuis 2001.

Il ressort du questionnaire pour l'employeur établi le 8 juin 2006 par l'entreprise A._____ SA notamment que l'assurée avait été licenciée par lettre du 21 mars 2006 avec effet au 31 mai 2006 en raison de ses problèmes de santé depuis mi-septembre 2005.

Dans un rapport médical du 9 juin 2006, le Dr G._____, spécialiste en anesthésiologie et en médecine interne et médecin chef au sein de l'Hôpital I._____, service d'antalgie, a posé les diagnostics de lombo-sciatalgies droites sur hernie discale L4-L5 à droite, de céphalées de l'hémicrâne gauche ainsi que de dorso-scapulo-brachialgies gauches et a estimé que ces derniers avaient une répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. Sur le plan de l'anamnèse, ce médecin a exposé que l'assurée avait commencé à développer des plaintes algiques dans les suites de l'accouchement de son dernier garçon, quatre ans et demi auparavant. Comme première douleur, l'assurée décrivait des céphalées qui touchaient l'hémicrâne gauche en hémicasque par intermittence. Comme deuxième douleur, elle signalait des douleurs dorsales avec une irradiation dans le membre supérieur gauche, tant antérieur que postérieur et qui prenaient également une origine pectorale gauche. Comme troisième douleur, sa patiente signalait des lombalgies qui avaient évolué en des lombosciatalgies droites et montraient une irradiation tant postérieure qu'antérieure, jusqu'au niveau des orteils, mais

principalement le gros orteil à droite. La description de la douleur avait principalement un caractère nociceptif. Cette symptomatologie restait fluctuante mais persistante, malgré le traitement mis en place. Au niveau des constatations objectives, le Dr G._____ a relevé qu'à l'examen clinique, l'examen neurologique montrait des réflexes ostéo-tendineux (ROT) vifs et symétriques, qu'il n'y avait pas de véritable déficit moteur, mais à plusieurs reprises des lâchages, probablement algiques, qu'il y avait un pseudo-Lasègue à droite qui créait une douleur purement inguinale, la position assise avec jambes étendues étant tout à fait possible. La colonne vertébrale montrait, au niveau cervical, une dysfonction segmentaire C3-C4 à droite et surtout C4-C5 à gauche. L'examen de la tête montrait des nerfs crâniens symétriques mise à part une hyposensibilité dans le territoire du trijumeau. Il y avait un léger empâtement à l'émergence du nerf sous-orbitaire gauche. L'examen cérébelleux, quant à lui, était sans particularité alors que l'examen lombaire montrait une flexion quasiment impossible accompagnée d'importantes douleurs, de même que la latéreflexion droite et la rotation droite qui était pourtant symétrique avec le côté opposé. Ce praticien a également mis en évidence une dysfonction segmentaire L4-L5 et L5-S1 à droite ainsi qu'une articulation sacro-iliaque droite bloquée avec une douleur à la symphyse et au muscle iliaque à droite au niveau de la ceinture pelvienne. Enfin, ce médecin a constaté également de multiples myogéloses fessières droites. Quant à la mobilité des deux hanches, elle était symétrique, mais il avait un doute quant au ligament sacro-spinal à droite. Selon le Dr G._____, la capacité de travail de l'assurée était nulle dans toute activité, habituelle ou adaptée, au regard de l'étendue du phénomène algique lié au handicap physique.

Dans un rapport médical du 30 juin / 11 juillet 2006, le Dr W._____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics d'épisode dépressif réactionnel avec trouble de l'adaptation, de myalgies diffuses d'origine "peu claire" et de lombosciatalgies droites sur troubles de la statique. Selon ce praticien la capacité de travail de l'assurée était nulle dans son activité habituelle comme dans une activité adaptée. Il a en outre ajouté ce qui suit :

"Il s'agit d'une patiente d'origine kosovare en Suisse depuis plusieurs années, dont le mari travaille dans une [...] de la région. (...) Elle présente notamment des douleurs multiples l'empêchant de se déplacer, de porter des objets lourds, allant en se péjorant. Ces dernières se sont localisées ces derniers temps dans la région lombo-sacrée avec irradiation dans le membre inférieur droit dans un premier temps, puis devenant bilatérale. Les différents examens effectués n'ont pas été très contributifs et une tentative de prise en charge au [...] s'est soldée par un échec, la patiente [a] présenté des complications très florides et ayant justifié une hospitalisation.

Parallèlement, Madame K. _____ présente des épisodes de malaise avec oppression thoracique occasionnelle et céphalées importantes. Des scanners et différents bilans spécialisés ont également été effectués, sans heureusement qu'aucune problématique n'ait pu être mise en évidence.

Nous nous trouvons donc face à une patiente qui montre un retrait social extrêmement important avec en plus exacerbation de ce phénomène par les symptômes développés. (...) Je pense, [...] au vu des différents examens, que Mme K. _____ présente différentes problématiques et probablement une fibromyalgie surajoutée, qui peut être essentiellement probablement somatoforme mais de manière suffisamment floride et importante pour que tout ceci aboutisse à un épisode dépressif important avec retrait social et perte totale de l'élan vital."

Ce médecin a également annexé les rapports médicaux suivants :

- Un rapport médical établi le 26 avril 2005 par le Dr P. _____, spécialiste en ophtalmologie et en ophtalmochirurgie au sein de l'Hôpital O. _____ dont il ressort que l'assurée lui avait été envoyée pour avis concernant des céphalées, probablement migraineuses. Ce spécialiste a écrit en outre ce qui suit :

"Rappelons brièvement [que la patiente] présente une uvéite de l'œil droit dans le cadre d'une hétérochromie de Fuchs. (...).

Ses plaintes sont de deux types :

- épiphora, rougeur, brûlures, démangeaisons bilatérales quotidiennes et variables, aujourd'hui, c'est un "jour moyen".
- céphalées pulsatiles accompagnées de nausées, de vomissements occasionnels, de sonophobie et photophobie et de douleurs oculaires. Ces symptômes surviennent 4 jours sur 7 en moyenne. Il y a de plus des épisodes de diplopie horizontale, sensations vertigineuses, vision floue avec des "points qui

vibrent" ainsi qu'un épisode avec perte de connaissance de 30 minutes.

Résumé du status :

- **Vision :** ne voit pas ma main qui bouge à 30 cm ddc. Aucune amélioration de la fonction visuelle par correction ou par trou sténopéique.
- **Champ visuel :** impossible par confrontation.

(...)

Impression :

(...)

Troisièmement, la fonction visuelle est "effondrée aujourd'hui", ce qui contraste avec la déambulation de la patiente dans le local d'examen. Je n'ai pas de suspicion de neuropathie optique ou rétinopathie particulière. Je pense qu'une composante fonctionnelle, non-organique, surajoutée est présente, pour des raisons qui m'échappent."

- Un rapport médical établi le 6 juin 2005 par le Dr O._____, dans lequel ce spécialiste en médecine interne et en cardiologie a indiqué que le status de l'assurée démontrait un trapèze et un sus-épineux très douloureux mais que l'électrocardiogramme effectué alors que l'assurée avait des précordialgies était dans les limites de la norme et que l'échocardiographie pratiquée sur elle était rigoureusement normale. Ce spécialiste a ainsi souligné qu'une étiologie cardiaque à cette symptomatologie était très peu vraisemblable.
- Un rapport médical établi le 29 juin 2005 par le Dr E._____, spécialiste en neurologie, qui a retenu un examen neurologique détaillé parfaitement physiologique ne reflétant aucune explication objective pour rendre compte de la sémiologie dont se plaignait la patiente et qui restait "essentiellement subjective", selon ce médecin.
- Un rapport médical du 12 mai 2006 établi par le Dr A._____, spécialiste en neurochirurgie, dont ressortent en particulier les passages suivants :

"(...)

Sur le plan objectif présence chez cette patiente (...) d'une hyperlordose lombaire basse avec rectitude sus-jacente et légère scoliose dorsolombaire en "S" s'accroissant modérément à l'antéflexion du tronc. Distance doigts-sol de 10 cm pour un Schober lombaire de 10-14 cm. Latéoflexions accusées comme douloureuses et à prédominance droite. Tonicité fessière symétrique, points de Valleix fessiers sensibles des 2 côtés à prédominance droite. Manoeuvre de Lasègue douloureuse dès 60° à droite et 80° à gauche mais sans blocage ni renforcement par le Bragard alors que la patiente est par ailleurs capable de s'asseoir les jambes tendues (donc vrai Lasègue négatif). Réflexes rotuliens et achilléens symétriques à la manoeuvre de Jendrasssek. Pas de parésie réelle objectivable dans les différents groupes musculaires examinés mais collaboration limitée avec mauvaises contractions musculaires et pseudo faiblesse tant distale que proximale aux épreuves des jambes fléchies ou lors de la marche sur les pointes et les talons qui, avec aide, est parfaitement réalisable. Sensibilité certainement dans les normes dans le cas d'une hypoesthésie subjective diffuse et mal systématisée du membre inférieur droit (semblant néanmoins prédominer distalement au niveau du dermatome L5?).

Des documents radiologiques on retiendra au scanner de novembre 2005 la présence de troubles dégénératifs modérés débutants des deux derniers espaces intervertébraux lombaires avec notamment pincements L5-S1 ainsi que protrusion discale médiane modérée, non réellement expansive ni luxée, L4-L5 à légère prédominance droite.

Appréciation : L'ensemble des éléments actuels objectifs tant cliniques que neuroradiologiques parle contre une intervention neurochirurgicale décompressive éventuelle qui n'améliorerait en rien la situation présente, cette dernière étant probablement en partie chronifiée avec résistance aux différents traitements conservateurs effectués jusqu'ici et amplifiée par un certain degré de surcharge psychogène. (...)."

Par avis médical du 27 septembre 2006, le Dr F._____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a exposé que l'assurée souffrait de douleurs multiples qui n'avaient pas pu être objectivées par de multiples investigations et qu'elle présentait probablement un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive. A son avis, les documents médicaux recueillis parlaient plutôt en faveur d'une problématique psychosociale que médicale, l'assurée ne parlant pas français et n'ayant pas pu s'intégrer. Afin d'obtenir de plus amples informations, un séjour à la Clinique Y.____ (ci-après : Clinique Y.____), en tant que centre d'observation médicale de l'AI (COMAI), allait être organisé.

Le 23 novembre 2006, le Dr W.____ a adressé à l'OAI un nouveau rapport médical dont il ressort en particulier que sa patiente

avait une situation de vie compliquée avec un déracinement de son pays et son incapacité à s'adapter en Suisse. En dessus de toute cette problématique psychologique, se dressait une problématique somatique régulièrement difficile à gérer sous forme de douleurs musculaires diffuses et fluctuantes. Ce médecin a précisé que différents bilans rhumatologiques et neurologiques n'avaient pas permis de découvrir une étiologie claire à ces symptômes si l'on exceptait une piste lombosciatalgique sur hernie discale L4-L5. Il en était allé de même des différents bilans effectués à chacun des malaises de l'assurée. Selon ce médecin, il était extrêmement difficile de faire la part des choses entre problématique physique et psychique, même si le psychique semblait être au premier plan avec des somatisations très importantes.

Ce médecin a également fourni les rapports médicaux suivants :

- Un rapport médical établi le 10 novembre 2005 par le Dr Y._____, du Service de radiologie de l'Hôpital I._____, qui a conclu, suite à un scanner lombaire, à la présence d'une saillie discale médiane à paramédiane au niveau L4-L5, venant au contact de l'émergence de la racine L5 à droite ainsi qu'à la présence d'une spondylarthrose L4-L5 et L5-S1.
- Un rapport médical du 11 janvier 2006 établi par le Dr U._____ du Service de chirurgie de l'Hôpital I._____ dont il ressort qu'à l'examen clinique, l'assurée présentait en état général conservé, qu'au niveau digestif, l'abdomen était pléthorique avec des bruits sans particularité et une paroi souple et indolore, qu'au niveau inguinal droit il n'y avait pas de palpation de hernie mais une douleur élective au niveau de l'épine du pubis à droite avec une zone gachette alors qu'au niveau inguinal gauche, le status était sans particularité. Au niveau ostéo-articulaire, le Lasègue était négatif de façon bilatérale. Toutefois, ce médecin a décrit des douleurs à la palpation de la colonne lombaire et au niveau de la face latérale de la cuisse droite. Selon ce praticien, l'assurée sortait d'un contexte chirurgical et il ne pouvait lui proposer

un traitement qui aurait pu soulager ses nombreuses plaintes, ces dernières lui semblant relever également d'un contexte psycho-social hautement perturbé.

- Un rapport de sortie établi le 11 avril 2006 par les Drs J._____ et D._____ du Service de médecine de l'Hôpital I._____ qui ont mentionné des douleurs lombaires aiguës chez l'assurée après une infiltration périurale de cortisone et qui, dans leur discussion, ont indiqué que "de manière évidente, il existe une importante composante psychosociale, la patiente se comportant de manière différente lorsqu'elle est seule ou lors de visites médicales".
- Un rapport médical du 24 avril 2006 établi par le Dr G._____ lequel indique chez l'assurée la présence de lombosciatalgies droites sur hernie discale L4-L5 à droite, de céphalées ainsi que de dorso-scapulo-brachialgies gauches et précise qu'il a pratiqué en particulier une périurale cortisonée laquelle a conduit l'assurée à être hospitalisée pendant trois jours en médecine en raison de l'accentuation de la symptomatologie algique.
- Un rapport médical du 22 août 2006 établi par la Dresse Z._____, du Service de radiologie de l'Hôpital I._____ qui a conclu que l'échographie abdomino-pelvienne (touchant le pancréas, l'aorte, le foie, la vésicule biliaire, la rate, les reins, la vessie, l'utérus, les ovaires et les structures intestinales) était dans les normes.

Sur mandat de l'OAI, le Dr I._____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie et la Dresse B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, exerçant tous deux au sein de la Clinique Y._____, ont expertisé l'assurée entre le 15 et le 16 janvier 2007.

Sur le plan somatique et psychiatrique, il ressort du rapport d'expertise établi par ces médecins le 22 janvier 2007 notamment ce qui suit :

"DIAGNOSTICS

Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail

- **Aucun**

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail

- **Lombosciatalgies droites chroniques (M54.4)**
- **Alpha-thalassémie hétérozygote (D56.0)**
- **Grossesse gémellaire au 4^{ème} mois**
- **Uvélite récidivante (hétérochromie de Fuchs) (H20.1)**
- **Isthmolyse de L4**

APPRECIATION

De nombreux éléments du dossier présenté par Mme K. _____ ne laissent pas d'étonner.

C'est au printemps 2005 que ses plaintes s'intensifient au point de justifier divers bilans médicaux. Systématiquement, les spécialistes consultés (ophtalmologue, cardiologue et neurologue) soulignent l'insuffisance du socle organique et suggèrent la responsabilité de singularités psychiques éventuelles et du contexte socioculturel. Le Dr P. _____ parle, pour les troubles visuels, de "composante fonctionnelle non organique surajoutée". Le Dr O. _____ "exclut une origine cardiaque aux symptômes" et souligne "l'état anxieux et la non intégration sociale en Suisse avec somatisation majeure". Le Dr E. _____ n'a "aucune explication objective pour rendre compte de la sémiologie" et propose un soutien psychothérapeutique.

Des avis inhabituellement sévères sont émis sur le comportement de l'assurée, certaines descriptions suggérant que la souffrance est peu authentique, voire qu'il y a une production de symptômes pratiquement délibérée. Ainsi, le Dr P. _____ indique que "la fonction visuelle effondrée contraste avec la déambulation de la patiente dans le local d'examen". Le rapport de sortie de l'Hôpital d'[...] mentionne que "la patiente se comporte de manière différente lorsqu'elle est seule ou lors des visites médicales". Le médecin traitant lui-même indique qu'"aucune problématique n'a pu être mise en évidence au terme des différents bilans"; le Dr W. _____ insiste par ailleurs sur le déracinement et les problèmes d'intégration.

Dans un tel contexte, tout acte médical comporte un risque iatrogène; rétrospectivement, l'indication à l'infiltration d'un stéroïde dépôt telle que réalisée en mars 2006 paraît discutable, d'autant que le Dr A. _____ se disait préalablement peu convaincu "par l'ensemble des éléments objectifs tant cliniques que neuroradiologiques".

Quoi qu'il en soit, on demeure perplexe devant les prétentions de l'assurée. Le délai séparant l'entrée dans l'incapacité de longue durée (15 septembre 2005) et le dépôt de la demande de prestations (4 mai 2006), d'emblée sous forme d'une rente, est

extrêmement court, d'autant qu'il n'est fait mention d'aucune atteinte à la santé.

Motif supplémentaire d'étonnement, le souhait du couple K. _____ de différer l'expertise en raison d'une grossesse récente dont on apprendra qu'elle est gémellaire.

Dans ce décor, l'approche clinique actuelle se révèle sans surprise. L'intéressée avance des plaintes vagues, diffuses, sans aucun caractère spécifique, résistant à tous les traitements. Mme K. _____ peine à fournir un catalogue précis et hiérarchisé de ses douleurs : les lombosciatalgies droites semblent occuper le devant de la scène. Leur cotation à un très haut degré d'intensité tranche avec la mimique détendue et le ton vif de l'entretien. Le retentissement sur les activités courantes est inductible, l'assurée adaptant ses réponses au gré de son attente ; elle en vient même à mentionner qu'on lui aurait interdit la conduite d'un véhicule en raison de ses problèmes oculaires, information qu'elle corrigera lorsque la question lui sera reformulée à plusieurs reprises.

Ce tableau peu convaincant perd encore en crédibilité au fil des incohérences offertes par l'examen physique. Le comportement douloureux est parfois caricatural, Mme K. _____ indiquant parvenir à se faire souffrir elle-même en se palpant la main. Les différentes modalités de ce comportement sont dépeintes ci-dessus, comme le sont les auto-limitations à l'évidence dirigées pour convaincre l'observateur de la réalité du handicap. Si l'on fait abstraction de ces manifestations parasites, on ne trouve, pas plus que les médecins ayant préalablement eu à examiner Mme K. _____, de limitations fonctionnelles ni de signes objectifs suggérant qu'une lésion structurelle sous-tend les doléances. Les documents d'imagerie sont également rassurants, l'isthmolyse de L4 apparaissant comme une découverte fortuite, à innocenter dans le contexte clinique.

Cette absence d'anomalie organique, en-dehors de l'atteinte oculaire, invite à penser que les symptômes sont éventuellement à référer à un trouble psychique. Au cours de l'entretien psychiatrique, Mme K. _____ se présente comme une femme paraissant plus jeune que son âge chronologique, rondelette, souriant derrière ses lunettes, vêtue simplement d'un survêtement d'intérieur. L'entretien médiatisé par un interprète se déroule avec une femme qui comprend assez bien le français mais ne le parle pas et ne veut pas s'y risquer. Elle est vigilante, orientée. L'intelligence paraît dans les normes. La collaboration est bonne. Il n'y a pas de ralentissement psychomoteur chez cette femme souriante, accorte, qui semble s'exprimer sans retenue particulière, même si la tonalité générale reste extrêmement factuelle. La thymie n'est pas abaissée chez une femme qui n'est pas anxieuse ni angoissée. Le comportement ne montre rien de particulier, hormis une posture étrange pendant l'entretien, Mme K. _____ maintient son membre inférieur droit tendu à angle droit avec son bassin sans manifester la moindre gêne, le moindre inconfort, la moindre recherche de modification de position, la moindre "détresse". Par ailleurs, il n'y a pas de trouble du contenu ou de la forme de la pensée, il n'y a pas de trouble décompensé de la personnalité. En conclusion, l'examen se révèle sans particularité, sans élément pour une affection psychiatrique,

pour une comorbidité psychiatrique ou un trouble décompensé de la personnalité. Amenées de manière peu convaincue et peu convaincante, les douleurs accusées n'entrent par ailleurs pas dans le cadre d'un syndrome douloureux somatoforme persistant on soulignera à cet égard l'absence d'un "sentiment de détresse". De même, le diagnostic retenu antérieurement à deux reprises d'état dépressif ne peut pas l'être actuellement ; tout au plus peut-on arguer d'éléments d'allure dysthymique liés très clairement, et reconnus comme tels par l'assurée, à des difficultés économiques.

Enfin, l'état douloureux est largement conditionné et entretenu par des facteurs sortant du champ médical proprement dit : absence de formation professionnelle ; acculturation incomplète ; importante charge de famille ; ressources financières précaires. Le couple K. _____ admet implicitement au cours de l'entretien et explicitement dans la demande de prestation la responsabilité de ces facteurs auxquels on ne peut qu'être humainement sensible. Toutefois, dans leur domaine de compétence, les experts ne sauraient admettre d'atteinte à la santé physique ou psychique retentissant de façon significative sur la capacité de travail.

Le rapport d'expertise psychiatrique de la Dresse B. _____ du 16 janvier 2007, joint au rapport précité du 22 janvier 2007, retenait notamment ce qui suit :

"Affection actuelle

L'assurée fait remonter ses difficultés au mois de février 2001 à la suite de l'accouchement de son quatrième enfant avec l'apparition de lombalgies et de lombosciatalgies droites, qui n'auraient "pas été vues par le médecin", et qu'elle attribue à une reprise de travail précoce, trois semaines après l'accouchement, sous la menace de son employeur ("si tu viens pas, tu perds le travail"). Les plaintes perdurent mais ce n'est qu'en 2005 qu'on observe une accélération et une multiplication des consultations médicales augurées par une uvéite de l'oeil droit (cf. rapport du 26.04.2005) que l'assurée attribue à l'effet d'un produit qu'elle aurait utilisé dans le cadre de son travail. Les plaintes et les douleurs s'accroissent et se fixent justifiant investigations cardiologique (cf. rapport du 06.06.2005), neurologique (cf. rapport du 29.06.2005), neurochirurgicale (cf. rapport du 12.05.2006) avec une interruption définitive du travail en novembre 2005, l'ensemble justifiant diverses tentatives thérapeutiques échouant régulièrement jusqu'à la prise en charge par le service d'antalgie de l'Hôpital d'[...] (cf. rapport du 09.06.2006).

A diverses reprises sont évoqués "une composante fonctionnelle non organique surajoutée" (cf. rapport du Dr P. _____), "un état anxieux" (cf. rapport du Dr O. _____), "un épisode dépressif réactionnel avec trouble de l'adaptation" (cf. rapport du Dr W. _____ du 01.02.2006), voire un "état dépressif" (cf. rapport du

Dr G. _____ du 09.06.2006), mais sans répercussion sur la capacité de travail.

Mme K. _____ est suivie par son médecin-généraliste, le Dr W. _____ qu'elle voit environ une fois par mois. Elle prend du Dafalgan et du Primpéran mais tout autre traitement a été interrompu dernièrement dès sa grossesse connue.

Mme K. _____ vit donc avec ses quatre enfants et son mari dans une maison. Elle se lève à 07 h 00 du matin, prépare ses enfants pour l'école et les amène au bus scolaire à 08 h 30. Ensuite, de retour à domicile, elle vaque aux activités ménagères, à son rythme, et prépare le repas pour toute la famille, évitant toutefois le changement de draps et l'aspirateur, activités pour lesquelles elle est généralement aidée par une belle-soeur. L'après-midi, elle s'allonge, regarde la TV et écoute la radio albanaise ou va au village voisin en voiture - disant ne pouvoir conduire plus de 2 km et faisant quelques courses ou rendant visite à ses nombreuses "copines". Elle ne se rend dans les petites villes voisines d'[...] ou [de] [...] qu'accompagnée. La fin de journée se passe en famille avec le mari et les enfants qui l'aident pour la préparation du souper. Les enfants sont couchés à 20 h 30, elle et son mari à 22 h 00. Mme K. _____ estime dormir "1 h 30" par nuit en raison des douleurs.

Plaintes actuelles

Lors de notre entretien, et dans l'ordre, l'assurée évoque des douleurs lombaires basses, irradiant diffusément dans la jambe droite, accompagnées de fourmillements, des douleurs de la nuque et des bras, insistant sur le fait que bras et doigts sont "bloqués" le soir. A cela s'associent des douleurs de la poitrine, plutôt à gauche, qui s'exacerbent lorsque les douleurs lombaires sont plus intenses, et qu'elle associe à "la peur de laisser les enfants" si elle devenait paralysée. Les douleurs sont décrites comme variables, augmentées s'il fait froid, si elle marche plus de 5 min.

Aux douleurs s'associent une nervosité, l'assurée disant se fâcher facilement avec ses enfants ou son mari lorsque les douleurs sont importantes, le sentiment d'être "pas heureuse" à cause des douleurs et de ses conditions de vie difficiles ; enfin, l'assurée dit "pleurer de temps en temps en se demandant pourquoi on ne lui donne pas un traitement". Il n'y a pas d'angoisse pathologique, pas d'ennui, pas de ralentissement, de honte ni de culpabilité ; même si l'assurée dit avoir du plaisir en famille ou avec ses proches ou ses amis, elle a tendance à s'isoler lorsque les douleurs sont plus intenses. Il n'y a pas de difficulté relationnelle, émotionnelle ou affective avec ses proches qui, tous, "la comprennent".

Observation

Mme K. _____ se présente comme une femme paraissant très nettement plus jeune que son âge chronologique, rondelette, souriant derrière ses lunettes, vêtue simplement d'un survêtement d'intérieur. L'entretien se déroule avec l'aide de M. [...], interprète, avec une femme qui comprend assez bien le français mais ne le parle pas et ne veut pas s'y risquer pendant cette heure et quart. Elle est vigilante, orientée, l'intelligence paraît dans les normes. La

collaboration est bonne. Il n'y a pas de ralentissement psychomoteur chez cette femme souriante, accorte, qui semble s'exprimer sans retenue particulière avec l'interprète, même si la tonalité générale reste extrêmement factuelle. La thymie n'est pas abaissée chez une femme qui n'est pas anxieuse ni angoissée. Le comportement dans cet entretien "médiatisé" ne montre rien de particulier, hormis le maintien d'une posture assez étrange, Mme K. _____ maintenant son membre inférieur droit tendu à angle droit avec son bassin pendant presque tout l'entretien sans manifester à aucun moment la moindre gêne, le moindre inconfort, la moindre recherche de modification de position, la moindre "détresse". L'évocation de son parcours médical entraîne une légère modification de l'atmosphère générale, Mme K. _____ manifestant alors une certaine véhémence, dénonçant volontiers erreurs médicales ou mensonges (elle insiste à plusieurs reprises sur le fait que "les médecins ont pas dit la vérité"), exprimant avec une certaine aigreur son sentiment d'avoir été contrainte à reprendre le travail trop précocement en 2001, de n'avoir touché de prestations que pendant deux mois de sa caisse-maladie par exemple ; elle sort alors un peu de sa réserve, apparaît sthénique à cette occasion-là. A une reprise, l'assurée a les larmes aux yeux, lorsqu'elle évoque sa crainte de "mourir" en raison des douleurs et d'"abandonner" ses enfants. Par ailleurs, et pour ce qui peut en être appréhendé, il n'y a pas de trouble du contenu ou de la forme de la pensée, il n'y a pas de trouble décompensé de la personnalité.

Diagnostic

Aucun sur le plan psychiatrique.

Discussion

Il s'agit donc d'une assurée kosovare de 31 ans, sans formation professionnelle, ancienne nettoyeuse à 50% en arrêt de travail durable depuis novembre 2005 en raison de douleurs du rachis et de sciatalgies droites ayant justifié diverses investigations complémentaires blanches et pour lesquelles à de nombreuses reprises a été évoquée l'hypothèse d'une "surcharge" et de difficultés d'intégration en Suisse.

L'examen psychiatrique de ce jour se révèle sans particularité, sans élément pour une affection psychiatrique, pour une comorbidité psychiatrique ou un trouble décompensé de la personnalité. Les douleurs accusées n'entrent par ailleurs pas - même si elles occupent le devant de la scène - dans le cadre d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, amenées comme elles le sont de manière peu convaincue et convaincante et en l'absence d'éléments significatifs, en particulier en l'absence d'un "sentiment de détresse". De même le diagnostic retenu antérieurement à deux reprises d'état dépressif ne peut pas l'être actuellement ; tout au plus anamnesticquement pourrait-on alléguer des éléments d'allure dysthymique liés très clairement, et reconnus comme tels par l'assurée, à des difficultés économiques, mais qui ne sauraient retentir d'aucune façon sur la capacité de travail. En conclusion, il n'y a pas d'élément en faveur d'une incapacité de travail durable pour motifs psychiatriques."

Par projet de décision du 19 juin 2007, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser la rente d'invalidité demandée, faute de présenter une atteinte à la santé ayant une influence sur sa capacité de travail, tant sur le plan somatique que psychiatrique.

Par courrier du 27 juillet 2007, l'assurée s'est opposée à ce projet de décision en invoquant le rapport du Dr W. _____ du 30 juin 2006.

Par décision du 2 juillet 2008, l'OAI a confirmé sa position dans son intégralité en renvoyant au rapport d'expertise de la Clinique Y. _____.

L'assurée n'a pas recouru contre cette décision qui est ainsi entrée en force.

B. Le 28 janvier 2011, l'assurée a déposé une deuxième demande de prestations AI pour adultes, sans donner de précisions quant à son atteinte à la santé.

Par courrier du 17 février 2011, l'OAI lui a notamment demandé de produire sous trente jours un certificat médical rendant plausible une éventuelle modification de son invalidité et l'a avertie qu'à défaut, une décision de non-entrée en matière lui serait notifiée. L'assurée n'a pas donné suite à ce courrier.

Par projet de décision du 19 avril 2011, l'OAI a informé l'assurée de son intention de refuser d'entrer en matière faute pour elle d'avoir rendu vraisemblable que les conditions de faits s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la décision du 2 juillet 2008. L'assurée ne s'est pas prononcée à ce sujet.

Par décision du 9 juin 2011, l'OAI a confirmé son refus d'entrer en matière.

Le 15 juillet 2011, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a recouru contre cette décision devant la Cour de céans (cause AI 214/11) et a produit divers rapports dont il convient de brièvement résumer les suivants :

- Un rapport de l'ostéopathe N. _____ du 30 mai 2011 qui fait état de lombosciatalgies diffuses à prédominance droite dans un contexte de lyse isthmique L4 gauche et indique que l'assurée aurait reçu un diagnostic de fibromyalgie, "mais sans certitude".
- Un rapport médical du Dr A. _____ du 28 janvier 2011, qui met en évidence également des douleurs basilombaires chroniques avec des extensions sur un plan qu'il qualifie de subjectif. Son bilan radiologique confirme la présence de troubles dégénératifs partiels basilombaires prédominant au niveau L4-L5 mais sans listhésis éventuel associé ni hernie discale extrusive ou canal étroit significatif. Pour le surplus, il maintient sa prise de position déjà détaillée dans son rapport de 2006.
- Un rapport médical de l'[...] d'[...] du 11 mars 2011 qui pose les diagnostics "secondaires" d'hyperthyroïdie, de status post toxoplasmose oculaire, de fibromyalgie et d'état dépressif.
- Un rapport médical du 27 avril 2011 établi par le Dr X. _____, spécialiste en neurologie, lequel ne met en évidence que des signes neurographiques de compression du nerf médian au niveau du canal carpien, tous les autres examens neurologiques pratiqués ne démontrant objectivement pas de signes pathologiques. Il expose toutefois que l'assurée présente une fibromyalgie sur un probable problème d'ordre psychiatrique.

L'OAI a conclu à ce que le recours soit déclaré irrecevable faute d'avoir été déposé dans le délai légal. Par ailleurs, il a fait valoir que l'assurée n'avait pas rendu plausible que son invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits, d'autant plus qu'elle n'avait pas réagi à ses écritures des 17 février et 19 avril 2011. Par ailleurs, les documents

médicaux produits par l'assurée après qu'il a rendu sa décision de refus d'entrer en matière du 9 juin 2011, ne rendaient pas non plus plausible une aggravation de son état de santé. A cet effet, l'OAI a renvoyé à l'avis médical du 2 septembre 2011 des Drs V. _____ et L. _____, médecins au SMR, qui se sont prononcés sur les nouvelles pièces médicales comme suit :

"Assurée de 35 ans, mariée depuis 16 ans, 6 enfants, scolarité ordinaire avec diplôme de fin d'étude, activité à temps partiel dans le monde de l'économie jusqu'en 2005, pas d'actualisation des CI depuis 2006. Statut actuel non précisé.

L'assurée annonce être en IT à 100% depuis le 13 septembre 2005.

(...)

Le courrier de M. N. _____, ostéopathe, du 30 mai 2011 retient comme problèmes des lombosciatalgies diffuses à prédominance droite présentes depuis de nombreuses années dans un contexte radiologique de lyse isthmique L4 gauche. Ce tableau clinique est similaire à celui observé par les experts de la Clinique Y. _____ en 2007 (...). M. N. _____, ostéopathe, évoque aussi le diagnostic de fibromyalgie repris par le Dr X. _____ neurologue le 27 avril 2011.

Le courrier du 28 janvier 2011 du Dr A. _____, neurochirurgien, retient des lombalgies chroniques avec des extensions sur un plan qu'il qualifie de subjectif. Le bilan radiologique, interprété par ce spécialiste, n'objective ni listhésis, ni hernie discale extrusive ou canal médullaire étroit significatif. Il qualifie de syndrome douloureux chronifié le tableau clinique qui affecte l'assurée. Le rapport de [...] du 11 mars 2011 retient après un séjour en réadaptation le diagnostic de fibromyalgie.

Le rapport du Dr X. _____, neurologue, du 27 avril 2011, confirme le diagnostic de fibromyalgie et de signes neurographiques de compression du nerf médian au niveau du canal carpien qui est améliorable par le port d'attelles adaptées durant la nuit. Il n'y a pas de comorbidité psychiatrique majeure associée à la fibromyalgie/TSD, ni d'antécédent d'hospitalisation en milieu spécialisé.

Aucune des pièces médicales versées au dossier depuis la dernière décision AI ne rendent donc plausibles une aggravation significative de l'état de santé de l'assurée.

Nous vous proposons de maintenir notre position."

Par arrêt du 18 novembre 2011, la Cour de céans a déclaré irrecevable le recours de l'assurée au motif que celui-ci avait été déposé tardivement. Cet arrêt, non contesté, est entré en force.

C. Le 29 février 2012, l'assurée a déposé une troisième demande de prestations AI pour adultes. Comme par le passé, elle n'a pas précisé d'emblée quelles étaient les atteintes à la santé dont elle se prévalait pour motiver sa démarche.

Sur interpellation de l'OAI, l'assurée a fait parvenir par courrier du 11 mai 2012 un certificat médical établi le 10 mai 2012 par le Dr Q._____, spécialiste en pédopsychiatrie, et T._____, psychologue, dont la teneur est pour l'essentiel la suivante :

"Par ces mots, nous certifions suivre Mme K._____ au sein du cabinet depuis le 06.10.2011 et ceci, à raison d'une fois par semaine à une fois tous les quinze jours.

Durant ce temps, il nous a été donné de constater que Mme K._____ souffre d'un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.3 CIM-10). En effet, Mme K._____ présente des hallucinations auditives, visuelles et sensorielles. Celles-ci prennent la forme de personnes décédées qui tiennent des propos menaçants envers sa famille. Parfois, ces personnes peuvent aussi se montrer agressives physiquement à l'encontre de Mme K._____ et lui faire du chantage, lui demandant de l'argent ou de la nourriture en échange de leur clémence. Les hallucinations dont elle souffre l'empêchent de mener une vie normale. Il lui est, par exemple, impossible de sortir de chez elle sans son mari. Il est également extrêmement difficile pour elle de laisser ses enfants seuls à la maison, sa crainte étant que les personnes mortes qu'elle voit s'en prennent à eux pendant son absence.

Dans ces circonstances, il est important de relever que Mme K._____ vit dans un état d'anxiété permanent. S'ajoute à cela des idées suicidaires, un épuisement physique et psychique, une culpabilité accablante, une perte de l'envie de faire des choses et une perte du plaisir de vivre. La thymie est triste, les sourires inexistantes et la douleur se lit sur son visage.

Mme K._____ souffre de ces hallucinations depuis un peu plus de 10 ans. Cela fait suite à plusieurs problèmes rencontrés avec son employeur de l'époque. Toutefois, elle n'a pu en parler que très récemment. Auparavant, celle-ci avait peur d'être placée dans un hôpital psychiatrique si elle se confiait à ce propos. Cela aurait donc eu pour conséquence de l'éloigner de ses enfants et elle n'aurait plus pu être présente afin d'assurer leur protection contre ces personnes mortes qui viennent la déranger le plus souvent chez elle (mais également à l'extérieur). C'est donc dans le cadre du cabinet que Mme K._____ a pu se sentir rassurée par rapport à ce point et partager enfin ce qu'elle vivait.

Au vu de ce qui précède, Mme K. _____ n'est actuellement pas dans la capacité de travailler et cela à un taux de 100%. Les hallucinations sont très fréquentes (plusieurs fois par semaines, voire tous les jours) et tendent à augmenter en fréquence. En ce qui concerne le pronostic, une amélioration reste probable grâce au suivi psychothérapeutique mis en place. Toutefois, il faut rester conscient que Mme K. _____ souffre de ce trouble depuis une longue période et par conséquent, le traitement entrepris risque de ne montrer de résultats que sur le long terme."

Par courrier du 15 mai 2012, l'OAI a indiqué notamment qu'il allait procéder à l'instruction de la nouvelle demande de l'assurée.

Dans un rapport du 31 juillet 2012, le Dr C. _____, spécialiste en médecine interne et nouveau médecin traitant de l'assurée, a estimé que les diagnostics de syndrome douloureux chronique, de troubles dégénératifs multi-étagés du rachis, de troubles dépressifs sévères chroniques traités et de céphalées invalidantes sur probable surconsommation médicamenteuse avaient un effet sur la capacité de travail de sa patiente. Il a également mentionné une suspicion de schizophrénie. Au niveau des symptômes, ce spécialiste a exposé que sa patiente se plaignait de douleurs mal systématisées, diffuses, migrantes et intenses, l'empêchant de tenir en place et de dormir ainsi que de nervosité, d'idées noires et d'hallucinations visuelles et auditives. Il a attesté d'une incapacité de travail à 100% dans toute activité dès le 22 juin 2011, date à laquelle il avait repris le suivi de l'assurée et a indiqué que cette dernière avait besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir les actes ordinaires de la vie.

Il ressort d'un rapport médical du 2 octobre 2012 établi par les Dresses M. _____ et R. _____, respectivement cheffe de clinique et médecin assistante au Service de rhumatologie de l'Hôpital U. _____, notamment que les diagnostics considérés comme ayant un effet sur la capacité de travail de leur patiente étaient ceux de syndrome douloureux chronique, troubles dégénératifs multi-étagés du rachis et trouble dépressif traité. Sur le plan de l'anamnèse, ces médecins ont retenu en particulier que leur patiente présentait depuis 2001 des douleurs musculo-squelettiques diffuses, touchant le rachis cervico-dorso-lombaire, les membres supérieurs et inférieurs à prédominance à droite, que les

douleurs les plus importantes étaient présentes au niveau lombaire et étaient continues jour et nuit, sans horaire inflammatoire précis, tant au repos qu'à l'activité et que ces douleurs augmentaient aussi à la marche et en position assise et étaient accompagnées de paresthésies et fourmillements des membres supérieurs et inférieurs, plutôt à droite, sans territoire radiculaire. Ces praticiennes ont également mentionné que l'assurée présentait une fatigue importante. Sur le plan médical, ils ont constaté ce qui suit :

"Déconditionnement important, la patiente se déplace en s'appuyant aux objets (table, chaise). Elle est asthénique et est fatiguée au moindre effort. Le testing moteur est extrêmement difficile dans ce contexte.

Schober lombaire 10/14 cm, distance doigts-sol à 30 cm, pouce-C7 10 cm à gauche, 20 cm à droite.

La patiente signale une hypoesthésie de tout l'hémicorps droit, les réflexes sont symétriques ddc. Lasègue négatif des 2 côtés. Elle marche en boitant."

Finalement, ces médecins ont relevé que l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée n'avait pas été effectuée lors de leur consultation mais que du point de vue médical, l'activité dépendrait de son évolution psychiatrique et de l'amélioration de son déconditionnement.

Dans un second rapport du 3 octobre 2012, le Dr Q. _____ a posé les diagnostics de trouble de la personnalité schizotypique (F21 selon la CIM-10) et d'épisode dépressif sévère (F32.2 selon la CIM 10), tout deux existants depuis 2000. Ce spécialiste a en outre exposé ce qui suit :

"(...)

Quelques temps plus tard, son employeur la convoque et lui demande de signer un document. Ne parlant pas français, elle refuse dans un premier temps de le signer. Celui-ci insiste et lui dit qu'il s'agit du remboursement d'heures supplémentaires. Elle accepte alors de signer mais découvrira plus tard qu'elle vient en fait d'accepter d'être licenciée. Ses troubles psychiatriques et somatiques vont débiter peu de temps après cet événement. En effet, Mme K. _____ commence à voir des personnes qui se rendent à son domicile et la menacent. Ses hallucinations provoquent chez elle une peur extrême et ce d'autant plus que ces

personnes qui viennent la trouver sont mortes et en veulent à la vie de ses enfants. (...) Pendant dix ans elle tait ses visions au corps médical, la crainte d'une hospitalisation étant trop forte (...).

Madame K. _____ fait état d'hallucinations visuelles, auditives et sensorielles prenant principalement la forme de personnes mortes ou d'animaux et qui ont, pour elle, valeur de réalité. Il arrive que ces hallucinations se manifestent en séance. Ainsi, le thérapeute ou tout autre objet présent dans la salle peut tout à coup se transformer et ne plus être reconnaissable par elle. Parfois, il arrive que Mme K. _____ voie une des personnes mortes en séance (à ses pieds ou derrière le thérapeute). Elle montre un ralentissement psychomoteur et se plaint de manière très régulière et très appuyée de douleurs physiques au niveau de la nuque, du dos, des jambes et des bras. Durant les séances, Madame K. _____ perd régulièrement le cours de sa pensée et demande également de répéter les questions car il lui est pénible de se concentrer. La mémoire à long terme lui fait souvent défaut et elle a de la peine à donner des dates ou des détails précis à propos d'un événement. Bien qu'exprimant souvent de la peur et des plaintes, le reste de son panel émotionnel se révèle très limité autant en quantité qu'en qualité. Ainsi la joie n'est jamais présente et les pleurs ou la tristesse le sont de manière très sporadique malgré ses plaintes. (...)

Fait également très fréquent, Mme K. _____ touche soudainement des objets. Après clarification, il s'avère que celle-ci s'assure que l'objet n'est pas autre chose (comme certains objets se transforment parfois à ses yeux, elle doit contrôler que ce n'est pas un nouveau tour de son esprit). A la fin de la séance, la marche est plus difficile et son équilibre précaire, la charge émotionnelle de l'entretien (pourtant peu visible dans son discours) semblant retomber sur elle de manière somatique. Madame K. _____ fait également part d'idées suicidaires, d'un important état de fatigue et de troubles du sommeil. Elle présente aussi une estime d'elle-même très pauvre voir inexistante. S'il semble exister chez elle une grande culpabilité, nous n'avons pas encore pu investiguer cette dimension tant sa problématique se révèle complexe et sensible. Enfin, la dimension sociale est très pauvre et outre sa famille nucléaire, Mme K. _____ n'a pas d'amis (...)."

Finalement ce médecin a attesté que la capacité de travail de sa patiente était nulle dans toute activité, probablement depuis son licenciement. Il a aussi spécifié qu'un premier diagnostic de dépression sévère avec symptômes psychotiques avait été évoqué dans son rapport du 10 mai 2012. Toutefois, le suivi de la recourante étant encore relativement récent à l'époque, il fallait relever qu'après des investigations plus approfondies, la problématique de sa patiente s'était révélée plus complexe que celle décrite initialement et était plus proche de celle évoquée dans le présent rapport.

Par avis médical SMR du 4 février 2013, le Dr V._____ a en particulier retenu que les demandes antérieures avaient été clôturées sur la base du COMAI de la Clinique Y._____ du 22 janvier 2007 et que le Dr W._____ avait écrit le 23 novembre 2006 que sa patiente avait une situation de vie extrêmement compliquée avec déracinement de son pays et incapacité à s'adapter en Suisse. Le médecin du SMR a, en outre, relevé que :

"Dans son RM [rapport médical] du 31 juillet 2012, le Dr C._____ retient comme premiers diagnostics un syndrome douloureux chronique et des troubles dégénératifs multi-étagés du rachis. L'assurée a séjourné à l'Hôpital U._____ concernant les problèmes de douleurs chroniques. Le service de rhumatologie a répondu aux questions d'usage le 2 octobre 2012 et le principal diagnostic retenu est celui de syndrome douloureux chronique suivi de troubles dégénératifs du rachis et trouble dépressif traité. Le Dr Q._____ écrit dans son RM du 10 mai 2012 que l'assurée souffre d'hallucinations depuis un peu plus de 10 ans "suite à des problèmes rencontrés avec son employeur de l'époque". Les empêchements et plaintes avancés ont donc été pris en compte dans l'expertise de 2007. Il n'y jamais eu aucune hospitalisation en milieu psychiatrique et aucune aggravation de l'état de santé n'est démontrée depuis l'expertise de 2007.

Il n'y a donc pas à proprement parlé de fait nouveau. Nous maintenons notre position."

Par projet de décision du 4 avril 2013, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande. L'assurée n'a pas formulé d'objection.

Par décision du 22 mai 2013, l'OAI a confirmé sa position au conseil de l'assurée précisant en particulier ce qui suit :

"Résultat de nos constatations

Le 29 février 2012, une nouvelle demande de prestations a été déposée auprès de notre assurance.

La dernière demande de prestations a été rejetée par décision du 9 juin 2011 et confirmée par arrêt du Tribunal Cantonal des Assurances Sociales en date du 18 novembre 2011.

Un nouvel examen ne pourrait être envisagé que s'il est rendu plausible que l'état de fait s'est modifié après cette date et qu'il est désormais susceptible de changer le droit aux prestations.

L'examen de cette nouvelle demande n'a pas permis d'objectiver une modification de notre prise de position du 9 juin 2011. Les empêchements et plaintes avancés par votre mandante ont été pris en compte lors de la précédente demande de prestations, pour laquelle une expertise à la Clinique Y. _____ avait été réalisée en 2007.

Aussi, la décision du 9 juin 2011 doit être confirmée et le droit aux prestations n'est pas ouvert."

D. Par acte de son mandataire daté du 17 juin 2013 (timbre postal : 20 juin 2013), K. _____ a recouru contre la décision de l'OAI du 22 mai 2013 en concluant à son annulation, à l'octroi d'une rente entière et à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire la concernant (présente cause AI 165/13). A l'appui de ses conclusions, la recourante fait valoir qu'il y a lieu de reconnaître dans son cas l'existence de facteurs déterminants qui, par leur intensité et leur consistance, la rendent incapable de fournir des prestations, même dans une activité adaptée, ces facteurs étant la présence de douleurs importantes par leur gravité, leur acuité et leur durée, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoire ou stationnaire conformes aux règles de l'art, cela en dépit de son attitude coopérative. A cet égard, la dégradation et l'impossibilité d'exercer une activité, même adaptée à sa situation doivent justifier l'octroi d'une rente entière d'invalidité. La recourante considère de plus que s'agissant de sa capacité de travail dans une activité exigible, compte tenu de sa pathologie essentiellement marquée par des douleurs sans substrat organique ou sans corrélation avec un état clinique patent, il y a lieu de retenir les conclusions globales d'une expertise pluridisciplinaire (physique et psychique) et non celles, forcément sectorielles, de spécialistes s'exprimant dans leur seul domaine. Selon la recourante, seule une telle expertise apparaît adéquate pour établir de manière objective si elle présente un état douloureux d'une gravité telle que la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part.

La recourante a également produit un nouveau rapport médical du Dr Q. _____ et de la psychologue T. _____ du 20 juin 2013

par lequel ces praticiens estiment que le diagnostic de trouble de la personnalité schizotypique est un élément nouveau qui mérite d'être traité en tant que tel. Ils relèvent également que la complexité de la situation psychologique de la recourante explique le temps de latence qui a été nécessaire à l'établissement de ce diagnostic et que, de leur point de vue, les troubles psychiques de leur patiente sont indépendants des douleurs chroniques. Ils soulignent enfin qu'à leur sens, la recourante présente une incapacité de travail à long terme en raison de ses problèmes psychiatriques.

Par réponse du 22 août 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée en se fondant en particulier sur l'analyse de la situation médicale de la recourante effectuée par le SMR le 4 février 2013.

Dans le délai imparti au 25 septembre 2013, la recourante ne s'est pas manifestée. Par courrier du 14 octobre 2013, elle a déclaré qu'un nouveau rapport médical circonstancié n'avait pas pu être établi "pour des raisons techniques ; dès sa réception nous vous le ferons parvenir dans le but de compléter le dossier [...] avec de nouveaux éléments". Elle a renvoyé à un courrier que "son médecin traitant, le Dr T. _____" avait adressé en date du 25 septembre 2013 à son conseil. Il ressort de ce courrier que la recourante était originellement suivie par une autre dame de leur cabinet et que cette dernière était en congé maternité depuis fin août 2013 ; il fallait donc trouver un interprète et du temps pour établir un certificat médical.

Par courrier du 17 octobre 2013, le juge instructeur de la cause a rendu la recourante attentive au fait qu'elle ne s'était pas prononcée dans le délai imparti par le tribunal au 25 septembre 2013 et que de plus le cabinet du Dr Q. _____ / T. _____ s'était déjà prononcé à trois reprises dans cette affaire, soit les 10 mai et 3 octobre 2012 et le 20 juin 2013, soit la dernière fois suite au refus de l'OAI et à l'avis médical du SMR du 4 février 2013. Eu égard notamment au fait que l'OAI n'avait pas présenté de nouvel avis médical, eu égard aux rapports médicaux déjà

versés au dossier et eu égard au fait que la Cour de céans se basait sur l'état de fait au moment de la décision attaquée, le juge instructeur a retenu que la cause paraissait prête à être jugée et qu'il ne voyait pas de motif suffisant pour accorder formellement un nouveau délai. La cause allait donc être attribuée à un greffier pour rédaction sur instruction du juge rapporteur.

La recourante ne s'est plus manifestée par la suite.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

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 2008 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui 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 dans la composition de trois juges dès lors que la valeur litigieuse dépasse les 30'000 fr. (art. 93 let. a et 94 al. 1 et 4 LPA-VD et 83c LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01.01]).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA) et satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA). Il est donc recevable à la forme.

2. Est litigieux en l'occurrence le droit de la recourante à une rente d'invalidité à la suite du dépôt, le 29 février 2012, d'une nouvelle demande de prestations sur laquelle l'intimé est entré en matière. Comme il sera exposé, se pose plus particulièrement la question de savoir si son état de santé s'est aggravé au point d'influencer son droit à une rente.

3. a) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins.

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).

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes à la santé physique, entraîner une invalidité. Pour déterminer si tel est le cas, il faut établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son atteinte à la santé psychique, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. La mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé psychique, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou - comme condition alternative - qu'elle est même insupportable pour la société (ATF 135 V 215 consid. 6.1.1 et la référence citée).

c) Dans les cas de troubles somatoformes douloureux, il existe une présomption selon laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté ; dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs ; la question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères, au premier plan desquels figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de

traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée ; en présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) ; enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 130 V 352 ; 132 V 65 consid. 4.2.2 ; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.2).

Du point de vue juridique, la fibromyalgie et les troubles somatoformes douloureux répondent aux mêmes règles lorsque se pose la question de leur caractère invalidant. La fibromyalgie est en effet une affection à l'étiologie incertaine caractérisée par une douleur généralisée et chronique du système ostéo-articulaire, qui s'accompagne généralement d'une constellation de perturbations essentiellement subjectives, telles que, notamment, la fatigue, les troubles du sommeil, le sentiment de détresse et des céphalées. Le diagnostic de fibromyalgie ne renseigne toutefois pas sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur leur pronostic que l'on peut poser dans un cas concret. Le Tribunal fédéral a dès lors estimé, en l'état actuel des connaissances, qu'il se justifiait, sous l'angle juridique, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4 ; TF 9C_815/2008 du 29 mai 2009 ; cf. aussi ATF 139 V 346 consid. 2).

4. Une nouvelle demande, déposée après un précédent refus, ne peut être examinée que si celle-ci a établi de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré (cf. art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201], en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012, RO 2011 5679 ; cf. aussi ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 64 consid. 5.2.3 et 117 V 198 consid. 4b).

Lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. En cas de recours, le juge est tenu d'effectuer le même examen (ATF 130 V 64 consid. 2 et les arrêts cités). Le tribunal ne contrôle alors toutefois pas si les conditions de l'entrée en matière selon l'art. 87 RAI étaient remplies (cf. ATF 109 V 114 consid. 2b ; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 2.1).

Après être entrées en matière sur une nouvelle demande, les autorités doivent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (cf. ATF 130 V 64 consid. 2 ; 133 V 108 consid. 5.2). Selon l'art. 17 LPGA, lorsque 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. Selon la jurisprudence, tout changement important des circonstances, propre à influencer le taux d'invalidité, donc le droit à la rente peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1; 130 V 343 consid. 3.5). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue cependant pas un motif de révision, respectivement ne permet

pas de conclure à l'existence d'une aggravation (cf. ATF 112 V 371 consid. 2b ; TFA I 716/03 du 9 août 2004 consid. 4.1 et I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 in fine et les références citées).

Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait, en principe, sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant au moment de la décision litigieuse actuelle (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et 112 V 372 consid. 2). Par ailleurs, les décisions formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (art. 53 al. 1 LPGA). Sont "nouveaux" au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence (cf. ATF 127 V 353 consid. 5).

5. a) Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; TF I 312/06 arrêt du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves

administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; TF 9C_418/2007 arrêt du 8 avril 2008, consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Il a notamment précisé qu'il n'y avait pas lieu de mettre en doute la valeur probante d'une expertise réalisée dans un centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI), conformément à l'art. 44 LPGA, au seul motif que celui-ci était lié par un contrat-cadre avec l'Office fédéral des assurances sociales et fréquemment mandaté par les offices de l'assurance-invalidité (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3, 2.3 et 3.4.2.7 ; cf. également ATF 136 V 376). Il a par ailleurs considéré que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un SMR était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en oeuvre conformément à l'art. 44 LPGA (ATF

137 V 210 consid. 1.2.1 in fine ; 135 V 465 consid. 4.4). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lie à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique ; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

b) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'administration, en cas de recours par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (cf. art. 28 al. 2 LPGA ; ATF 117 V 263 consid. 3b, 282 consid. 4a ; 116 V 26 consid. 3c ; 115 V 142 consid. 8a ; TF 8C_929/2008 arrêt du 5 mai 2009 consid. 3.2 ; TFA H 139/06 arrêt du 25 octobre 2006 consid. 2.2). Ce devoir comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement 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 130 I 183 consid. 3.2 ; 117 V 263 consid. 3b ; 125 V 195 consid. 2 ; TF 8C_929/2008 du 5 mai 2009 consid. 3.2 ; TFA H 139/06 du 25 octobre 2006 consid. 2.2).

c) Si l'assureur ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérant et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves. Cette appréciation anticipée des preuves ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 136 I 229 consid. 5.3 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 124 V 90 consid. 4b ; 119 V 335 consid. 3c ; TF 9C_382/2008 arrêt du 22 juillet 2008 consid. 3).

6. a) En l'espèce, afin de déterminer l'existence éventuelle d'une péjoration de l'état de santé de la recourante, il convient de comparer l'évolution de sa situation médicale entre le 2 juillet 2008, date de la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, fondée sur une instruction des faits et une appréciation des preuves conforme au droit, et le 22 mai 2013, date de la décision litigieuse (cf. ci-dessus consid. 4 in fine). Vu que la recourante avait déjà déposé en janvier 2011 une nouvelle demande, mais qu'elle avait failli à tout devoir de collaboration sans excuse et sans avoir retiré sa demande (cf. ci-dessus let. B), pourrait se poser la question s'il n'y aurait pas même lieu de comparer la situation uniquement entre l'année 2011 et le 22 mai 2013. Pour les raisons exposées ci-après, cette question peut cependant rester indécise.

b) Sur le plan somatique, on relèvera que la position de l'OAI dans sa décision du 2 juillet 2008 se basait sur l'expertise de la Clinique Y._____ du 22 janvier 2007 laquelle ne retient aucun diagnostic invalidant et ne pose que des diagnostics secondaires, sans répercussion sur la capacité de travail de la recourante. Ces diagnostics sont ceux de lombosciatalgies droites chroniques (M54.4), d'alpha-thalassémie hétérozygote (D56.0), de grossesse gémellaire au 4^{ème} mois, d'uvéite récidivante (hétérochromie de Fuchs) (H20.1) et d'isthmolyse de L4.

D'emblée, on constatera que la question de la grossesse de la recourante n'entre plus en ligne de compte dans le cadre de la présente procédure, ni la question de son uvéite récidivante, dont elle n'a jamais fait état pour justifier une de ses demandes de rente et qui est attestée médicalement depuis des années (cf. rapport du Dr P._____ du 26 avril 2005). Il en va de même de son alpha-thalassémie hétérozygote, à savoir une forme de déficience de la production d'hémoglobine, mais qui de toute évidence est mineure dans le cas d'espèce selon les experts de la Clinique Y._____ et dont la recourante ne se prévaut pas non plus dans le cadre de la présente procédure.

La recourante n'a pas non plus fondé sa demande litigieuse de février 2012 sur les rapports médicaux qu'elle avait présentés à l'occasion de son recours devant la Cour de céans dans la cause AI 214/11 qui avait été déclaré irrecevable. Le SMR avait d'ailleurs à juste titre considéré, dans son avis médical du 2 septembre 2011, que ces rapports n'apportaient aucun élément nouveau sur le plan somatique. On relèvera en effet que le rapport de l'ostéopathe N._____ du 30 mai 2011 reprenait très largement le tableau clinique posé par les experts de la Clinique Y._____. Il en va de même du rapport médical du Dr A._____ du 28 janvier 2011, lequel maintenait pour l'essentiel sa prise de position déjà détaillée dans son rapport de 2006. Quant au Dr X._____, son rapport du 27 avril 2011 ne mettait en évidence aucune aggravation significative sur le plan neurologique. S'agissant du diagnostic de fibromyalgie évoqué par le Dr X._____ et l'ostéopathe N._____, on constatera qu'il n'est pas particulièrement étayé sur le plan clinique et qu'aucun élément au dossier n'indique la présence d'une comorbidité psychiatrique majeure associée à cette pathologie de sorte qu'elle ne peut être retenue comme invalidante, surtout face à une assurée connue pour être démonstrative (cf. supra consid. 3c et expertise de la Clinique Y._____).

Dans le cadre de la présente procédure, le Dr C._____, médecin traitant de la recourante, retient dans son rapport médical du 31 juillet 2012 comme diagnostics un syndrome douloureux chronique et des troubles dégénératifs multi-étagés du rachis. Outre le fait que ces diagnostics touchent au rachis, qui avait déjà été examiné lors de l'expertise de la Clinique Y._____, ce médecin n'indique pas en quoi les symptômes constatés contribueraient à une péjoration significative de l'état de santé de la recourante ou s'écarteraient de manière sensible de ceux posés par les experts de sorte à remettre leurs conclusions en question. De plus, il indique que sa patiente se plaint au niveau symptomatique de douleurs mal systématisées, diffuses, migrantes et intenses, ce qui correspond à la description des éléments discutés par les experts de la Clinique Y._____. En définitive, ce rapport médical n'apporte aucun élément nouveau sur le plan somatique qui rendrait

plausible une aggravation significative de l'état de santé de la recourante ayant un effet sur sa capacité de travail. Il en va de même du rapport médical du 2 octobre 2012 établi par les Dresses M._____ et R._____, lequel se relève, de plus, peu détaillé.

c) Sur le plan psychique, on rappellera que l'expertise de la Clinique Y._____ du 22 janvier 2007, ne retient aucun diagnostic et conclut à une pleine capacité de travail chez la recourante.

Dans le cadre de la présente procédure, la recourante a produit devant l'OAI deux rapports médicaux du Dr Q._____, respectivement du 10 mai 2012 (cosigné avec la psychologue T._____) et du 3 octobre 2012 dans lequel est, au final, posé le diagnostic de trouble de la personnalité schizotypique (F21 selon la CIM-10), soit un diagnostic nouveau dans le cadre de ce dossier, et d'épisode dépressif sévère (F32.2 selon la CIM 10). Dans un troisième courrier de ces spécialistes, du 20 juin 2013, produit avec le recours, est uniquement mentionné le diagnostic du trouble de la personnalité schizotypique.

Dans le cadre de ses rapports, le Dr Q._____ indique que le trouble de la personnalité schizotypique de sa patiente est présent depuis de nombreuses années. On soulignera toutefois que, sur ce point précis, ce médecin n'est pas constant sur la période à partir de laquelle ces troubles psychiatriques se seraient manifestés pour la première fois puisqu'il fait tantôt référence à une apparition en 2000, respectivement "depuis un peu plus de 10 ans", tantôt à une apparition après le licenciement de sa patiente, lequel n'est toutefois intervenu qu'au printemps 2006. Dans tous les cas, on constatera que ces troubles - décrits comme récurrents et réguliers - sont apparus avant l'expertise de la Clinique Y._____ du 22 janvier 2007, qui contenait un volet psychiatrique, et avant la première décision de refus de l'OAI du 2 juillet 2008.

Dans cette mesure, il n'y a donc pas de changements importants ou une aggravation de l'état de santé qui se seraient produits

après la première décision entrée en force de l'OAI du 2 juillet 2008. Comme exposé (cf. ci-dessus consid. 4), une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA, respectivement ne permet pas de conclure à l'existence d'une aggravation.

Certes, le Dr Q._____ expose que sa patiente aurait eu des craintes d'exposer qu'elle avait des hallucinations de peur d'être hospitalisée et d'être séparée des siens ; ce ne serait que dans le cadre de ses consultations auprès de ce thérapeute, entre 2011 et 2012, qu'elle aurait trouvé la force de révéler que ces hallucinations existaient depuis environ dix ans.

Cet argument n'est toutefois pas pertinent sur le plan juridique. En effet, si la recourante souffrait de ses troubles psychiatriques déjà entre 2000 et 2008, il lui incombait, conformément à son obligation de renseigner et de collaborer (cf. ci-dessus consid. 5b), d'en avertir l'OAI, respectivement le corps médical, afin que son cas soit examiné et tranché en toute connaissance de cause. Ce devoir, au demeurant raisonnablement exigible, lui appartenait dès sa première demande de rente déposée le 4 mai 2006. Il est dès lors tardif d'invoquer cette pathologie lors de sa troisième demande de rente AI déposée en février 2012 et la recourante doit supporter les conséquences de son comportement.

La Cour de céans arrive ainsi à la conclusion que cette pathologie ne peut être considéré juridiquement comme nouvelle. La recourante a été examinée sur le plan médical à satisfaction de droit dans le cadre de l'expertise de la Clinique Y._____ de janvier 2007. S'agissant de l'épisode dépressif majeur évoqué par le Dr Q._____, on constatera, par ailleurs, que sur ce point son rapport du 3 octobre 2012 est lacunaire et peu étayé. Il n'y est pas démontré en quoi l'intensité de cet épisode serait différente des "éléments d'allure dysthymique" retenus par les experts de la Clinique Y._____ de sorte que l'existence de ce diagnostic n'emporte pas la conviction de la Cour de céans quant à sa nature.

En définitive, on soulignera le caractère parfaitement probant de l'expertise de la CRR du 22 janvier 2007 au regard des réquisits jurisprudentiels en la matière (cf. ci-dessus consid. 5a). En effet, cette expertise repose sur un examen personnel de l'assurée dans le cadre de plusieurs consultations effectuées les 15 et 16 janvier 2007. Elle repose également sur les pièces médicales présentes au dossier. Elle récapitule l'anamnèse de l'assurée. Elle énonce en outre les plaintes et données subjectives de l'intéressée ainsi que les constatations objectives et les discute de manière détaillée. Ses conclusions, claires, sont convaincantes. Par opposition, les rapports médicaux moins complets et moins cohérents du Dr Q._____, qui, en outre, apparaît comme psychiatre traitant de la recourante, doivent être pris en considération avec plus de réserve, ce qui conduit la Cour de céans à les écarter en tout état de cause. De plus, il ressort du courrier de la psychologue T._____ du 25 septembre 2013 qu'apparemment ce n'est même pas le Dr Q._____ - qui de plus est psychiatre pour enfants et non pour adultes - mais une personne sans titre agréé en Suisse de psychiatre qui a suivi la recourante et a ainsi communiqué avec elle.

d) Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner l'expertise pluridisciplinaire requise par la recourante. En effet, une telle mesure d'instruction ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; cf. ci-dessus consid. 5c).

e) Vu ce qui précède, il n'y a pas de changement de situation ou d'aggravation de l'état de santé de la recourante depuis la décision de l'OAI du 2 juillet 2008, respectivement celle du 9 juin 2011, toutes deux entrées en force. Il n'y donc pas lieu de procéder à une révision selon l'art. 17 LPGA et d'accorder à l'assurée des prestations de l'AI. Eu égard à ce qui est exposé au considérant 6c ci-dessus, il n'y a pas non plus lieu d'admettre une reconsidération selon l'art. 53 al. 1 LPGA.

7. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'OAI du 22 mai 2013 confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, fixés en fonction de la charge liée à la procédure (art. 69 al. 1bis LAI). Ils sont mis à la charge de la partie qui succombe (art. 49 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et sont mis à la charge de la recourante qui succombe.

c) Vu l'issue du recours, il n'y a pas lieu d'allouer des dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 22 mai 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de K._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Asllan Karaj (pour K. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :