

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 juin 2014

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : M. Neu et Mme Dessaux
Greffière : Mme Barman Ionta

Cause pendante entre :

N._____, à [...], recourante, représentée par Me Alain-Valéry Poitry,
avocat à Nyon,

et

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

Art. 4 et 28 LAI ; 87 al. 3 RAI

E n f a i t :

A. N._____ (ci-après : l'assurée), née en 1962, d'origine portugaise, sans formation professionnelle, a travaillé dès décembre 1991 pour l'entreprise [...] SA, notamment comme employée d'entretien à la clinique de [...]. Souffrant d'une hernie discale et d'épilepsie, elle a déposé le 27 novembre 2009 une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi de mesures pour une réadaptation professionnelle. Elle mentionnait être suivie par la Dresse E._____ depuis 2006 pour des cervico-brachialgies chroniques bilatérales, par le Dr W._____, spécialiste en neurologie, depuis 1991 pour l'épilepsie, et avoir été suivie en 2006 et 2007 par le Dr D._____, spécialiste en neurochirurgie, pour une hernie discale C5-C6.

L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a instruit cette demande et requis la production de rapports médicaux.

Dans un rapport du 9 décembre 2009, la Dresse E._____ a posé les diagnostics affectant la capacité de travail de cervico-dorso-lombalgies (chroniques), de cervico-brachialgies droites et de statut après opération pour hernie discale C5-C6 droite et arthrodèse en 2006. Elle retenait une épilepsie de type grand mal, existant depuis l'âge de 18 ans, comme n'affectant pas la capacité de travail. Depuis l'intervention en 2006, l'assurée avait présenté des périodes d'incapacité de travail, à 50% ou 100%, avec incapacité totale depuis le 29 octobre 2009 pour une longue période. Des traitements anti-inflammatoires, myorelaxants et de la physiothérapie lui étaient prescrits. Selon la Dresse E._____, l'assurée ne pouvait vraisemblablement plus reprendre son travail de femme de chambre mais était apte à travailler dans une activité légère ne nécessitant pas de port de charges ni de manipulations avec les membres supérieurs.

Dans un rapport du 15 décembre 2009, le Dr D._____ a constaté la persistance de lombalgies avec sciatique à bascule et posé le diagnostic de discopathie dégénérative L5-S1. Il a précisé que l'activité de l'assurée devait consister en un travail sans efforts physiques, sans port de charges lourdes et sans station debout prolongée ; l'activité habituelle n'était dès lors plus exigible.

Dans un rapport du 11 janvier 2010, le Dr W._____ a posé le diagnostic d'épilepsie partielle secondairement généralisée, suivie et traitée depuis l'âge de 17 ans, précisant n'avoir reçu mandat de la patiente de ne répondre qu'en ce qui concernait l'épilepsie. Il ajoutait cependant que sur le plan neurologique, l'assurée présentait des épisodes de céphalées à caractère nettement migraineux.

Dans un rapport du 1^{er} février 2010, le Dr F._____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a considéré les cervico-brachialgies droites sur hernie discale C5-C6 et les dorsolombalgies chroniques comme atteintes principales à la santé. L'épilepsie de type grand mal bien contrôlée par le traitement était qualifiée de pathologie associée du ressort de l'assurance-invalidité, contrairement aux migraines considérées comme n'étant pas de son ressort. L'incapacité de travail durable était reconnue depuis octobre 2009 ; elle était totale dans l'activité habituelle. Une pleine capacité de travail était cependant exigible dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles liées à l'épilepsie et aux troubles rachidiens, à savoir : pas de port de charges de plus de 7 kg, pas de porte-à-faux, pas de travaux avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale, alternance des positions, pas de travaux en hauteur ni sur machines dangereuses, pas d'horaires irréguliers. L'aptitude à la réadaptation était possible dès le mois de janvier 2010.

Le 16 mars 2010, l'OAI a notifié à l'assurée un préavis lui refusant le droit à une rente d'invalidité au motif qu'elle disposait d'une capacité de travail de 100% dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles énoncées par le SMR, depuis janvier 2010. Procédant à une

évaluation économique, l'OAI a retenu que l'assurée était en mesure de réaliser, dans une activité adaptée, un revenu annuel de 46'855 fr. 03, se référant aux données statistiques telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (particulièrement : Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, TA1 ; niveau de qualification 4). Un tel revenu, comparé au gain de valide de 53'790 fr. (cf. questionnaire employeur de [...] SA du 14 décembre 2009), mettait en évidence une perte de gain de 6'934 fr. 97, correspondant à un degré d'invalidité de 12.98%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Par communication du même jour, l'OAI informait l'assurée que les conditions du droit au placement étaient remplies.

Par décision du 11 mai 2010, dont la motivation était identique à celle du préavis du 16 mars 2010, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée.

N'ayant pas fait l'objet d'un recours, cette décision est entrée en force.

B. Par le biais de l'assurance-chômage, l'assurée a suivi un stage d'évaluation au sein des ateliers Polyval à Nyon, du 2 au 27 mai 2011. Elle a essayé différents postes de travail, dans les ateliers de contrôle et de conditionnement, mais toutes les tentatives se sont avérées être un échec. Sur la base de ces informations, l'OAI a mis fin à la mesure d'aide au placement, faisant notamment valoir ce qui suit dans un rapport final du 14 juin 2011 :

« [...] Comme nous l'a confirmé le responsable du site [Polyval] M. [...], notre assurée ne peut pas actuellement et vu son état de santé, prétendre à une place de travail même adaptée. Ni au sein de l'économie ouverte, ni auprès d'un atelier protégé.

Son médecin la Dresse E._____, nous a confirmé, lors d'un entretien téléphonique le 8 ct, qu'elle a dû augmenter la dose de sa médication et introduire un traitement à base de cortisone. Selon elle la reprise d'une activité professionnelle n'est pas envisageable pour le moment. Elle compte nous faire parvenir prochainement, un rapport médical attestant de l'aggravation de l'état de santé de notre assurée.

Dans ces conditions et en tenant compte de toutes les informations récoltées, nous nous voyons dans l'obligation de mettre un terme à son dossier dans le cadre de l'aide au placement, comme discuté avec elle lors de notre entretien téléphonique du 6 ct. Nous restons toutefois à sa disposition, afin de le rouvrir, si son état de santé venait à s'améliorer et à se stabiliser. [...] »

Dans un rapport du 21 juin 2011, la Dresse E. _____ a fait part à l'OAI de l'aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis environ six mois, laquelle se plaignait de cervico-brachialgies bilatérales avec paresthésie et troubles sensitifs intermittents. Elle mentionnait qu'une corticothérapie par voie orale (Prednisone) avait été nécessaire pendant le stage à Polyval et précisait que la patiente présentait un état dépressif en partie réactionnel à son problème socio-professionnel, avec mise en place d'un suivi par le Dr J. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

L'OAI a considéré ce rapport comme une nouvelle demande de prestations et, de l'avis du SMR, a procédé à son instruction.

Dans un rapport du 29 juillet 2011, la Dresse E. _____ a posé les diagnostics affectant la capacité de travail de cervico-brachialgies bilatérales chroniques depuis 2006, de lombalgies récidivantes depuis 2008 et d'état dépressif existant depuis 2008. En raison d'une exacerbation des cervico-brachialgies, la capacité de travail de l'assurée avait été difficile à maintenir pendant le mois passé aux ateliers Polyval, même dans un travail très léger, par intermittence debout et sans port de charges. L'assurée restait très algique, même en arrêt de travail total. Le pronostic était défavorable, la Dresse E. _____ retenant une incapacité de travail totale à long terme, même dans une activité très légère.

Le 13 septembre 2011, le Dr J. _____ a posé les diagnostics affectant la capacité de travail d'état dépressif moyen depuis 2010, de trouble dépressif récurrent depuis 2007 et d'épilepsie existant depuis une « très longue date ». Il mentionnait un suivi depuis 2010, sous forme de traitement psychiatrique intégré avec suivi psychiatrique une fois par mois, de pharmacothérapie et de thérapie de soutien trois à quatre fois par mois. En raison d'un ralentissement psychomoteur, d'une baisse de

l'attention et de la concentration, de fatigue physique et de douleurs articulaires très importantes, la capacité de travail était nulle, sans reprise possible ni possibilité d'amélioration par des mesures de réadaptation professionnelle.

Analysant les pièces médicales dans un avis du 6 octobre 2011, le Dr P._____, médecin au SMR, a considéré les éléments apportés comme peu convaincants et peu motivés pour admettre une incapacité de travail totale dans toute activité chez une assurée encore jeune. Le problème principal mis en avant était un symptôme subjectif, à savoir la douleur, et l'épisode dépressif moyen attesté par le psychiatre n'était accompagné d'aucun status psychiatrique ni codification selon la CIM-10 (classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes). Il préconisait ainsi la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire rhumato-psychiatrique au Centre d'expertise médicale de Nyon (ci-après : CEMed), laquelle devait notamment fixer la capacité de travail de l'assurée et ses limitations fonctionnelles, tant somatiques que psychiatriques.

L'expertise a été réalisée en décembre 2011 par la Dresse C._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et le Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport du 22 mars 2012, les experts ont posé les diagnostics de cervico-brachialgies droites chroniques, d'arthrodèse C5-C6 en 2006 et d'épisode dépressif modéré, avec syndrome somatique (F32.11). Ils ont apprécié la situation comme suit :

« Sur le plan rhumatologique, Madame N._____ présente actuellement des cervicalgies très importantes, constantes, invalidantes, augmentant en position assise prolongée et irradiant dans le MSD. Elles sont aussi présentes la nuit, associées à des céphalées, une fatigue et d'importants troubles du sommeil. Le traitement antalgique actuel est peu efficace.

Elle mentionne également des lombalgies occasionnelles.

A l'examen clinique, on ne constate qu'une nette diminution de la mobilité cervicale et des douleurs à la palpation de la région dorsale. Les discrets troubles sensitifs au toucher superficiel du MSD sont mal systématisés.

Le dernier CT-scan cervical, datant du 12.11.2009, est normal, avec un matériel d'ostéosynthèse C5-C6 en place. A noter qu'il n'y a jamais eu d'EMG.

En conclusion, Madame N. _____ présente des cervico-brachialgies chroniques dans les suites d'une intervention de type arthrolyse C5-C6 en 2006. Une IRM cervicale effectuée le 05.12.2011 montre une discopathie débutante C6-C7. Le matériel d'ostéosynthèse est en place. Il n'y a pas de signes d'instabilité et de débricolage. Pas de signe de compression radiculaire.

Du point de vue thérapeutique, l'antalgie pourrait être renforcée.

Du point de vue fonctionnel, en raison des douleurs, l'expertisée est limitée dans les positions assises prolongées, les travaux lourds, les ports de charge, tous les travaux avec la tête penchée en avant ou avec les bras en élévation.

En raison de ces limitations, sa capacité de travail en tant que femme de chambre est nulle.

Dans une activité légère qui respecte ces limitations et autorise notamment un changement régulier de positions, la capacité de travail du point de vue rhumatologique est entière.

Sur le plan psychique, Madame N. _____ décrit des douleurs, une énorme tristesse, quelques troubles cognitifs, des ruminations, de l'anxiété, une plus forte émotivité, de la fatigue, des sentiments de dévalorisation et d'inutilité et quelques idées noires. Il n'y a pas de ralentissement ni d'accélération psychique. Il y a des ruminations notamment sur les changements survenus dans sa vie et ses difficultés d'adaptation secondaires. Madame N. _____ conserve de bonnes capacités d'affirmation de soi. Elle ne se plaint pas de ralentissement psychique et elle n'est pas irritable.

La douleur influence défavorablement son niveau d'anxiété, son sommeil. Les douleurs sont principalement localisées au niveau de la nuque et de la colonne. Elles sont constantes. Elles sont variables à leur localisation. Elles fluctuent entre 3 et 10 sur 10 sur l'échelle visuelle analogique. Elles étaient à 7 sur 10 lors de l'évaluation. Aucun traitement n'atténue durablement les douleurs. Les injections ou les infiltrations ne sont pas efficaces.

A l'examen clinique, Madame N. _____ se déplace librement sans difficulté et elle ne présente pas de comportement particulièrement algique. L'évocation des douleurs revient souvent dans son discours. Globalement on ne remarque pas de réactions affectives particulières. Il y a un ralentissement psychique et quelques troubles cognitifs. Madame N. _____ est tendue et anxieuse. Madame N. _____ présente une souffrance psychique relativement importante. Son visage est peu expressif. Il exprime le plus souvent une tristesse.

Le monitoring thérapeutique montre des taux thérapeutiques pour la carbamazépine (anti-épileptique). En revanche les taux sont indétectables pour la duloxétine (antidépresseur) et le diclofénac

(antalgique). Ces résultats nous surprennent vu la nature des plaintes de Madame N._____. Ils posent la question des éventuels bénéfices secondaires. Nous relèverons que son mari perçoit également des prestations AI. Cet élément influence défavorablement la motivation à une reprise de travail, ce qui est reconnu.

Sur la base de ces éléments, nous retenons un épisode dépressif modéré, avec syndrome somatique (F32.11). Nous ne parvenons pas à préciser le début de cette affection. Contrairement à l'appréciation du Dr J._____, nous n'avons pas identifié plusieurs épisodes dépressifs permettant de retenir un diagnostic de trouble dépressif récurrent.

Ce trouble est secondaire aux problèmes socio-professionnels. Il n'est pas la cause initiale de l'incapacité de travail.

Ce trouble est responsable d'un état de fatigue et d'un ralentissement psychique comme limitation fonctionnelle. Vu la fatigue décrite et surtout observée et le ralentissement psychique, ces limitations fonctionnelles sont responsables d'une incapacité de travail à 100%, ceci malgré la sévérité de l'épisode dépressif (intensité moyenne). Un état dépressif est décrit depuis 2009-10, mais le dossier peu clair ne permet pas de déterminer le degré ce qui en résulte comme incapacité de travail, Madame N._____ étant par ailleurs trop peu précise sur cette période. Les premiers diagnostics de trouble [de] l'humeur ont été posés par les somaticiens, notamment la Docteure E._____. L'assurée est suivie par un psychiatre depuis 2009, le Dr J._____, mais le rapport médical AI n'est pas suffisamment développé sur le plan clinique.

Ce trouble peut être efficacement traité par la prise régulière du traitement antidépresseur. Une meilleure compliance au traitement pharmacologique est donc une mesure raisonnablement exigible permettant de retrouver une pleine capacité de travail dans les 6 semaines à compter du début de la prise régulière du traitement. Cela pourrait également avoir un effet favorable sur la perception des douleurs.

Nous n'avons pas suffisamment d'éléments pour retenir un trouble somatoforme. Après lecture de l'évaluation somatique de la présente expertise, nous ne retenons pas une telle affection. Nous restons toutefois dubitatifs quant au taux plasmatique de diclofénac. Vu l'absence de comportements manifestement démonstratifs, nous ne retenons pas non plus de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. »

Au terme de leur rapport, les experts ont répondu à un certain nombre de questions, notamment les suivantes :

« B. Influences sur la capacité de travail

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

Sur le plan physique

En raison des douleurs résiduelles après arthrolyse C5-C6 en 2006, Mme N. _____ est limitée principalement dans les positions assises prolongées, les travaux lourds, les ports de charge, et toutes les activités avec la tête penchée en avant ou les bras en élévation.

Sur la plan psychique et mental

Fatigue, ralentissement psychique.

Sur le plan social

Aucune.

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

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

En raison des limitations, l'activité de femme de chambre n'est plus possible.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

Sur le plan rhumatologique, Madame N. _____ pourrait exercer une activité légère sans ports de charges, avec possibilité de changer souvent de positions, sans rester longtemps la tête penchée en avant.

Sur le plan psychique, actuellement temporairement nulle, sinon l'activité est possible à 100% sans diminution de rendement.

[...]

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Depuis le 29.10.2009.

La diminution est surtout du fait somatique, sur le plan psychique, ni le dossier, ni l'assurée ne donnent d'informations pertinentes permettant de définir les périodes d'incapacité de travail.

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

Sur un plan global, n'a pas changé.

3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré(e) est-il (elle) capable de s'adapter à son environnement professionnel ?

Oui.

C. Influence sur la réadaptation professionnelle

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

Oui, dans un délai permettant de mettre en route un traitement psychotrope.

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

Non, pour des raisons somatiques.

Il doit y avoir par contre une amélioration de la compliance au traitement psychotrope.

[...]

2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ?

Reprise à 100% dans un délai rapide (6 semaines), dans le cas présent dans une activité adaptée pour des raisons somatiques uniquement.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré(e) ?

Oui.

3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?

Dans toute activité respectant les limitations mentionnées ci-dessus, dans un délai de 6 semaines à compter de la prise régulière du traitement antidépresseur.

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour) ?

A 100% après la prise du traitement antidépresseur.

3.3 Y a-t-il une diminution de rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Non. »

Interpellé par le SMR s'agissant du taux de duloxetine inférieur à la normale, le Dr J. _____ a répondu le 29 mai 2012 que l'assurée, malade d'épilepsie de longue date, prenait depuis longtemps un traitement de Tégrétol® et que l'induction enzymatique provoquée par ce médicament expliquait une élimination plus rapide de la duloxetine au niveau hépatique et un taux sanguin bas. Il a précisé avoir procédé récemment à une augmentation du dosage de Cymbalta®, en accord avec la patiente, laquelle était toujours très régulière avec son traitement médicamenteux et ses rendez-vous au cabinet deux fois par mois ; il allait procéder à un nouveau dosage d'antidépresseur dans deux semaines au mois de juin. Finalement, il soulignait que l'état dépressif présenté par

l'assurée en 2011 et début 2012 était sévère, non pas modéré, avec retentissement évident sur la capacité de travail ces deux années.

Le 16 juin 2012, le Dr S. _____ du SMR a pris position et considéré qu'une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle de femme de ménage était tenue pour établie dès octobre 2009. Cela étant, sur le plan somatique, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée ; sur le plan psychiatrique, la capacité de travail était nulle dès la fin mai 2011 et entière dès la fin janvier 2012. Il précisait que le Dr G. _____ fixait la pleine capacité de travail de l'assurée sur le plan psychiatrique à la fin janvier 2012. Si l'expert attestait une période d'incapacité liée à l'état dépressif réactionnel, il ne fixait pas la date de départ de ce problème incapacitant ; le SMR retenait cependant la date de la fin du stage à Polyval, le 27 mai 2011, comme cela était confirmé par la Dresse E. _____ dans son rapport du 21 juin 2011.

Le 6 mars 2013, l'OAI a notifié à l'assurée un préavis lui refusant le droit à une rente d'invalidité, au motif qu'elle disposait d'une capacité de travail de 100% dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles liées aux cervico-brachialgies droites chroniques. Il précisait qu'une période d'incapacité temporaire était justifiée par l'épisode dépressif réactionnel modéré, intervenant fin mai/début juin 2011, et que rien ne s'opposait à la mise en valeur de sa pleine capacité de travail dès janvier 2012, dans une activité adaptée sur le plan somatique. L'OAI rappelait que lors de l'instruction de la première demande de prestations, une aide au placement avait été accordée mais l'assurée avait préféré continuer son activité habituelle, non adaptée, à un taux partiel, jusqu'à la résiliation de son contrat de travail, puis avait entrepris les démarches auprès de l'assurance-chômage. Par conséquent, c'était par une approche théorique des revenus (avec et sans invalidité) qu'avait été calculé son préjudice, de l'ordre de 13%, laquelle restait valable.

L'assurée a contesté le préavis, adressant à l'OAI un rapport de la Dresse E. _____ du 27 mars 2013, à la teneur suivante :

« Au sujet de l'histoire médicale de cette patiente depuis 2006 je n'ai rien à rajouter au compte rendu de l'expertise de 2012, à part le fait qu'ayant suivi moi-même cette patiente depuis 2006 et donné les arrêts de travail mentionnés, j'ai constaté qu'elle avait fait tout son possible pour garder sa place de travail auquel elle tenait beaucoup prenant quotidiennement un traitement antalgique important pour y arriver.

Quand l'AI lui a proposé un stage dans une activité légère à Polyval, j'ai vu la peine qu'elle s'est donnée pour garder cette activité et n'y parvenant pas à regret à cause des douleurs malgré cette activité légère.

Actuellement, la patiente présente toujours des cervicobrachialgies s'aggravant par moments l'empêchant au quotidien de faire ses travaux ménagers à domicile.

Les traitements consistent toujours en Ecofenac 3 x 50, Co-Dafalgan 8 cp/jour, Duphalac 2 x 45 ml, Zolpidem 10 mg.

A noter qu'il est mentionné dans l'expertise qu'elle n'a pas eu d'autres opiacés que la codéine ce qui n'est pas exact. D'autres opiacés ont été essayé ainsi que le Lyrica sans efficacité sur les douleurs et des intolérances digestives pour les opiacés et vertiges pour le Lyrica qui n'ont pas permis de poursuivre ces traitements.

Donc les plaintes actuelles sont tout à fait superposables à ce qui est décrit dans l'expertise à la page 6. Malgré le traitement ces douleurs sont constantes, diurnes et nocturnes. La patiente éprouve de la difficulté à mener à bien les simples tâches ménagères et se fait aider par sa famille. Le status rhumatologique est également superposable à celui de 2012.

Sur le plan psychique, la patiente est toujours suivie par son psychiatre. Le traitement psychotrope a été augmenté comme le suggérait les experts. Actuellement la patiente prend du Cymbalta 120 mg par jour sans modification des douleurs. Il faudrait demander au Dr J._____, la situation actuelle sur le plan psychiatrique. Pour ma part, il me semble qu'elle est superposable à ce qu'il y avait en 2012.

J'estime que cette patiente avec les douleurs importantes actuelles a une incapacité de travail de 100% même dans un travail adapté léger. »

Par décision du 15 mai 2013, dont la motivation était identique à celle du préavis, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. Dans une lettre d'accompagnement du 17 mai 2013, l'OAI a expliqué que le rapport de la Dresse E._____ faisait apparaître une situation qui ne s'était pas modifiée depuis 2012.

C. N._____ a recouru contre cette décision par acte du 21 juin 2013, en concluant principalement à la mise en œuvre d'une expertise médicale portant sur les problèmes articulaires et les troubles dépressifs

aux fins de déterminer son taux d'incapacité de travail, subsidiairement à la réforme de la décision du 15 mai 2013 dans le sens de la reconnaissance de son droit à une rente entière d'invalidité. Elle se réfère aux rapports des Drs E. _____ et J. _____ et au rapport final de l'OAI du 14 juin 2011, dont les constatations divergent de celles des experts du CEMed. Elle argue que les diagnostics posés sont en contradiction avec la pleine capacité de travail qui lui est reconnue, sur les plans rhumatologique et psychique, et produit un rapport établi le 30 mai 2013 par le Dr J. _____, à la teneur suivante :

« Je soussigné, Docteur J. _____, médecin psychiatre-psychothérapeute, confirme que Mme N. _____ est suivie dans mon cabinet depuis août 2010.

Elle présente un trouble dépressif récurrent avec plusieurs épisodes dépressifs sévères récents, l'un en juillet 2010, un autre en 2011 et le dernier en 2012. Le dernier épisode date du mois de novembre 2012, actuellement avec une rémission partielle car la patiente présente un état dépressif moyen sans réponse efficace au traitement antidépresseur. Elle présente un état de fragilité psychique avec risque d'aggravation.

Elle présente également un trouble anxieux important avec anxiété généralisée.

Son traitement actuel est le suivant : Cymbalta 60 mg 2 cp par jour. Le dosage de l'antidépresseur montre des niveaux sanguins adéquats (103 nmol/l). Elle prend également du Silnox Cr 12.5 mg en raison de troubles importants du sommeil.

A signaler qu'elle souffre d'une épilepsie avec crise de grand mal et qu'elle a présenté une crise tonico-clonique en 2012 malgré un traitement de Tegretol et de Keppra.

Par ailleurs, en raison des problèmes articulaires décrits dans les rapports médicaux, elle a dû cesser complètement son activité professionnelle dans le nettoyage en 2010.

Son état de santé psychique et physique actuel lui empêche toute activité professionnelle avec un taux d'incapacité de travail de 100% depuis 2010 au moins. Son état actuel et son évolution justifie largement une demande de rente AI. »

La recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision de la juge instructeur de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du 24 juin 2013, avec effet au 24 mai 2013.

Le 31 juillet 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a produit l'avis SMR du 12 juillet 2013 du Dr L._____, dont la teneur est notamment la suivante :

« [...] Sur le fond: 1/ le Dr E._____ explique bien par ailleurs qu'il n'a rien à ajouter au compte rendu de l'expertise, et que sur le plan rhumatologique, l'atteinte est superposable à celle de 2012. Il avance des douleurs justifiant une IT de 100% même dans une AA légère, mais il s'agit d'une atteinte subjective et non objective et nous ne retenons donc pas cet argument. Sur le plan psychiatrique, il s'en remet au Dr J._____. Il n'existe donc rien de vraiment pertinent dans ce RM qui permettrait de nous faire changer d'avis. 2/ sur le plan psychiatrique, le Dr J._____, dans son certificat du 30.05.2013 ajoute même que l'épisode est en rémission partielle, mais sur le fond, le reste des doléances (ostéoarticulaires et concernant l'épilepsie) qu'il porte à notre connaissance, n'apportent aucune information nouvelle plausible par rapport à l'expertise dont la force probante reste supérieure.

Au total, nous en restons aux conclusions telles que formulées antérieurement. Elles sont toujours convaincantes et justes. »

Par écriture du 27 août 2013, la recourante a maintenu ses conclusions.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) La loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales

(art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

En l'occurrence, le recours a été formé en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), il convient d'entrer en matière sur le fond.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé l'OAI, singulièrement sur le point de savoir si le dossier médical établissait une péjoration de l'état de santé de la recourante depuis la décision du 11 mai 2010, justifiant l'octroi d'une rente. La recourante conteste la valeur probante de l'expertise du CEMed sur laquelle s'est fondé l'intimé, eu égard à l'appréciation divergente des Drs E. _____ et J. _____. Elle requiert dès lors une nouvelle expertise rhumatologique tendant à clarifier la question de l'invalidité.

3. a) Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). 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 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit 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). L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins (art. 28 LAI).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens des art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA. Ne sont pas considérées comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c et 102 V 165 ; cf. VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6).

b) Lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (cf. art. 87 al. 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]), 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). Les autorités doivent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 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 pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consi. 2.2 et les références). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

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 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 à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.4, 130 V 343 consid. 3.5.2).

4. 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'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Ainsi, lorsqu'un avis médical est nécessaire pour évaluer l'état de santé de la personne assurée et déterminer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler, il doit selon les cas recueillir les avis médicaux de médecins qui ont déjà examiné l'assuré, faire examiner l'assuré par son service médical régional (art. 59 al. 2bis LAI) ou recourir aux services d'un expert indépendant (art. 44 LPGA et 59 al. 3 LAI). Le devoir d'instruction

s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 108).

Selon le principe de 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 cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c).

La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice afin d'éclairer les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Quant aux rapports établis par le médecin

traitant de l'assuré, ils doivent être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient, en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

5. L'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 21 juin 2011. Dans le cadre de la reprise d'instruction, il a confié au CEMed la réalisation d'une expertise rhumatopsychiatrique, dont le rapport a fondé la décision de refus de prestations du 15 mai 2013. Il convient dès lors d'examiner si l'état de santé de la recourante s'est modifié depuis la décision du 11 mai 2010 dans une mesure propre à justifier désormais l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité.

a) A l'époque de la décision initiale de refus de rente d'invalidité, il a été constaté que la recourante présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, liées à l'épilepsie et aux troubles rachidiens, depuis janvier 2010. Les problèmes pouvant objectivement être reconnus comme limitatifs quant à la capacité de travail n'étaient que d'ordre somatique. Aucune atteinte psychiatrique n'a été mise en évidence.

b) A l'appui de sa nouvelle demande, la recourante fait valoir qu'elle souffre d'un état dépressif en sus de ses troubles physiques.

aa) L'expertise réalisée en décembre 2011 au CEMed a mis en évidence des atteintes à la santé sous forme de cervico-brachialgies droites chroniques, d'arthrodèse C5-C6 et d'épisode dépressif modéré, avec syndrome somatique. Les experts retiennent qu'il existe des limitations sur le plan somatique principalement ; les cervico-brachialgies – les douleurs résiduelles après arthrodèse C5-C6 – limitent la recourante dans les positions assises prolongées, les travaux lourds, les ports de charge et toutes les activités avec la tête penchée en avant ou les bras en élévation. Ils considèrent que, eu égard à cette pathologie, l'activité de femme de chambre n'est plus exigible ; cependant, dans une activité

légère sans port de charges, avec possibilité de changer souvent de positions, sans rester longtemps la tête penchée en avant, une capacité de travail de 100% est exigible, dès la fin octobre 2009. Sur le plan psychique, les experts retiennent que l'épisode dépressif modéré, avec syndrome somatique, est responsable d'un état de fatigue et d'un ralentissement psychique, qualifiés de limitations fonctionnelles. Au vu de la fatigue décrite et surtout observée ainsi que du ralentissement psychique, les experts considèrent que ces limitations fonctionnelles sont incapacitantes à 100% ; elles ne le seront plus à la condition d'une prise régulière du traitement antidépresseur. A cet égard, l'expertise rapporte que le taux plasmatique de la duloxétine (antidépresseur) est indétectable, d'où l'hypothèse émise d'une non-compliance au traitement. Ainsi, selon les experts, la capacité de travail est temporairement nulle et, dans les six semaines à compter de la prise régulière du traitement, laquelle est exigible, devrait être de 100%, sans diminution de rendement.

Les conclusions des experts reposent sur un examen de l'assurée (les 1^{er} et 6 décembre 2011), une étude circonstanciée du dossier, une anamnèse détaillée, sont claires et dûment motivées. Eu égard aux considérations qui vont suivre, il y a lieu d'admettre qu'au plan strictement physique, les conclusions des experts emportent conviction (cf. consid. b/bb *infra*) ; sur le plan psychique, celles-ci doivent être relativisées compte tenu des explications subséquentes du psychiatre traitant (cf. consid. b/cc *infra*).

bb) Sur le plan somatique, la Dresse E._____ fait une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel. Alors que les diagnostics posés ne sont guère différents de ceux retenus par les experts, elle atteste une incapacité de travail totale, même dans une activité adaptée légère ; elle justifie cette appréciation par les douleurs importantes ressenties par la patiente. On constate qu'en décembre 2009, dans son rapport établi à la suite de la première demande de prestations de l'assurance-invalidité, la Dresse E._____ considérait que les cervico-dorso-lombalgies chroniques, les cervico-brachialgies droites, le status après arthrolyse et l'épilepsie permettaient à l'assurée

de travailler dans une activité légère sans port de charge ni manipulations avec les membres supérieurs. Ces constatations rejoignent celles du Dr D._____, lequel estimait que l'activité de l'assurée devait consister en un travail sans effort physique, sans port de charges lourdes ni station debout prolongée. Sur la base de ces avis, le SMR avait retenu qu'une pleine capacité de travail était exigible dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles liées aux troubles rachidiens et à l'épilepsie, soit notamment une activité sans port de charges de plus de 7 kg, sans porte-à-faux ni travaux lourds avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale. Dans le cadre de la nouvelle demande, la Dresse E._____ fonde essentiellement son appréciation sur les cervico-brachialgies bilatérales (rapports des 21 juin 2011 et 29 juillet 2011), lesquelles sont à l'origine de l'incapacité de travail de l'assurée, particulièrement de la fin prématurée du stage à Polyval. Or les experts fixent les limitations fonctionnelles sur le plan somatique eu égard principalement aux « cervicalgies très importantes, constantes, invalidantes ». Par ailleurs, ils n'ont constaté, à l'examen clinique, qu'une nette diminution de la mobilité cervicale, de discrets troubles sensitifs au toucher superficiel du membre supérieur droit mal systématisés et, au regard de l'IRM cervicale du 5 décembre 2011, un matériel d'ostéosynthèse en place, l'absence de signes d'instabilité, de débricolage et de compression radiculaire. Comme le relève le SMR, l'atteinte principale résulte d'un symptôme subjectif, à savoir la douleur, et l'absence d'atteinte objective ne permet pas de s'écarter de l'appréciation des experts. De surcroît, dans son rapport du 27 mars 2013, la Dresse E._____ mentionne ne rien avoir à rajouter au compte rendu de l'expertise de 2012 et précise que les plaintes actuelles ainsi que le status rhumatologique sont superposables à ce qui est décrit par les experts.

Il appert ainsi que si l'ancienne activité de femme de ménage n'était plus exigible de l'assurée depuis octobre 2009, une activité respectueuse des limitations fonctionnelles somatiques, découlant des cervicobrachialgies droites chroniques (travaux lourds et port de charges, alternance des positions, travaux avec la tête penchée en avant ou les bras en élévation) paraissait exigible. Ces considérations ne diffèrent

guère de celles émises lors de la première demande de prestations. Il n'y a dès lors pas lieu de s'écarter, sur ce point, des conclusions de l'expertise. Le rapport final du 14 juin 2011 faisant suite à la mesure d'aide au placement accordée à l'assurée ne permet au demeurant pas de mettre en doute les données médicales émanant du CEMed, lesquelles l'emportent sur les constatations faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle (TF 9C_631/2007 du 4 juillet 2008 consid. 4.1 ; TFA I 248/05 du 7 novembre 2005 consid.).

cc) Sur le plan psychique, selon le Dr G._____, expert psychiatre du CEMed, les limitations fonctionnelles (fatigue et ralentissement psychique) ne seront plus incapacitantes à la condition d'une prise régulière du traitement antidépresseur. Il est évoqué un taux de la duloxétine indétectable et l'hypothèse d'une non compliance au traitement. Interpellé par le SMR à ce sujet, le Dr J._____ explique, le 29 mai 2012, que la prescription simultanée d'un médicament traitant l'épilepsie interfère sur l'élimination sanguine de la duloxétine. Il annonce une adaptation du traitement antidépresseur avec un nouveau dosage à compter du mois de juin 2012.

L'OAI ne donne aucun suivi à l'information du Dr J._____ alors que la théorie d'une absence de compliance au traitement, telle qu'évoquée par les experts du CEMed, pourrait être mise à néant, avec pour corollaire que le retour à une capacité de travail de 100% après six semaines de traitement ne serait pas étayée médicalement. L'OAI ne peut spéculer sur l'hypothétique rémission totale des troubles psychiques, considérés comme totalement invalidants ; il aurait dû interpellé le psychiatre traitant pour connaître le résultat de l'adaptation du traitement antidépresseur et provoquer un complément d'expertise sur l'atteinte psychique, à tout le moins soumettre le courrier du psychiatre traitant du 29 mai 2012 au CEMed pour déterminations.

6. A l'aune de ce qui précède, la Cour de céans considère qu'en l'état actuel du dossier, il subsiste des incertitudes quant aux incidences de l'atteinte psychique que présente la recourante sur sa capacité de

travail. L'instruction menée par l'intimé s'avère dès lors insuffisante et ne permet pas de trancher le litige à satisfaction de droit.

a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p.170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'occurrence, s'il est patent que la situation est demeurée inchangée sur le plan somatique, il appert que l'instruction de l'intimée est lacunaire s'agissant de l'atteinte psychique. Les conséquences l'état de santé psychique sur la capacité de travail résiduelle de la recourante n'ont pu être établies de manière probante. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI - auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances

sociales, selon l'art. 43 al. 1 LPGA –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il appartiendra en définitive à l'OAI de mettre en œuvre une instruction complémentaire sur l'atteinte psychique présentée par la recourante et de rendre ensuite une nouvelle décision.

7. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision du 15 mai 2013 annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision sur l'éventuel droit aux prestations de la recourante.

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 (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. à la charge de l'intimé débouté.

c) La recourante, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, a droit à une indemnité de dépens, dont le montant doit être déterminé d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA ; cf. également art. 7 TFJAS [tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales ; RSV 173.36.5.2]). En l'espèce, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 1'500 fr. à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD). Ce montant correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire selon le tarif ; il n'y a pas lieu de fixer, au surplus, l'indemnité d'office de Me Alain-Valéry Poitry.

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

I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 15 mai 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

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

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Alain-Valéry Poitry (pour N. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :