

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 septembre 2015

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mme Dormond Béguelin et M. Berthoud, assesseurs
Greffière : Mme Monney

Cause pendante entre :

N._____, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Emmanuel Rossel,
avocat à Morges,

et

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

Art. 7 al. 1, 8 al. 1 et 17 al. 1 LPGA ; art. 4 LAI ; art. 87 al. 1 RAI

E n f a i t :

A. N._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est d'origine [...], arrivée en Suisse en [...] et naturalisée en [...]. Mariée et mère de famille, elle a travaillé en tant qu'employée de maison pour le home S._____, du [...] au [...]. Elle n'a pas repris d'activité professionnelle depuis cette date.

Le 3 avril 1996, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : l'AI), tendant à l'octroi d'une rente.

Dans son certificat médical du 1^{er} décembre 1997, le Dr Q._____ a indiqué que sa patiente souffrait d'obésité grave, d'hypertension artérielle très marquée et difficile à contrôler, même avec plusieurs médicaments, et d'une dépression nerveuse chronique de longue date. Il faisait également état d'une affection gynécologique et considérait que sa patiente ne pouvait pas travailler.

Par décision du 19 novembre 1997, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a rejeté la demande de rente présentée par l'assurée au motif que cette dernière était capable de travailler et que son activité professionnelle n'était pas contre-indiquée.

En date du 19 janvier 1998, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours à l'encontre de la décision précitée auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud, concluant à l'annulation de la décision querellée et à l'octroi d'une rente basée sur un degré d'invalidité à 100 %. Dans son arrêt du 21 avril 1998 en la cause AI 15/98 - 95/1998, le Tribunal a admis le recours, annulé la décision attaquée et retourné le dossier à l'OAI pour qu'il complète l'instruction conformément aux considérants puis qu'il rende une nouvelle décision. Le Tribunal a notamment considéré qu'il était nécessaire de mettre en œuvre une

expertise pluridisciplinaire afin de dresser un tableau complet des différentes atteintes à la santé de l'assurée et de leurs répercussions éventuelles sur sa capacité de travail, précisant qu'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) paraissait le mieux à même de réaliser ces investigations.

B. Le mandat d'expertise a été confié à la Policlinique médicale universitaire (ci-après : PMU) en date du 2 octobre 1998. Dans leur rapport du 18 mai 1999, le Prof. F._____, spécialiste en médecine interne générale, et les Drs X._____ et P._____, tous deux spécialistes en médecine interne générale, ont posé les diagnostics suivants:

- « - Obésité morbide (BMI [réd. : indice de masse corporelle] 58 kg/m²) dans le cadre d'une boulimie atypique.
- Etat dépressif sévère sans symptômes psychotiques.
- Dyslipidémie de type IV .
- Hypertension artérielle traitée. »

Sur le plan somatique, les experts ont indiqué que l'assurée présentait un excès pondéral depuis l'adolescence, s'aggravant au cours des années, plus particulièrement après ses deux grossesses, pour devenir extrêmement sévère depuis 1993, atteignant au moment de l'examen 58,10 kg/m², soit 273 % du poids idéal moyen pour sa taille, correspondant à une obésité de grade III. Cette obésité se compliquait d'une hypertension artérielle, nécessitant un traitement de diurétiques et de bêtabloquants. Selon les médecins précités, l'obésité présentée par l'intéressée entraînait une dyspnée importante au moindre effort et une fatigue importante rendant difficile l'accomplissement des tâches ménagères quotidiennes. Elle présentait selon les experts une réelle atteinte à la santé physique entravant fortement sa capacité de travail et pour laquelle le seul traitement efficace aurait été une gastroplastie.

Sur le plan psychique, les experts observaient la présence d'un état dépressif qualifié de sévère, avec fatigabilité mentale, humeur dépressive, anhédonie et irritabilité, semblant influencer les troubles du comportement alimentaire, ces derniers aggravant réciproquement la symptomatologie dépressive. Les médecins susmentionnés relevaient que

l'état dépressif et le développement de troubles alimentaires, ayant conduit à l'obésité morbide, n'avaient pas entravé une certaine adaptation en Suisse et une vie professionnelle qui avait pu être menée à bien - en tous cas de 1985 à 1993 - ainsi qu'une vie familiale dans laquelle l'intéressée s'était beaucoup impliquée. Les experts estimaient que la capacité de travail de l'assurée, tant dans une activité adaptée à son atteinte à la santé physique que dans son ancienne activité, était de 40 %.

Dans son projet de décision du 15 septembre 2000, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui octroyer une demi-rente, fondée sur un taux d'invalidité de 60 %, depuis le 1^{er} mars 1997, ce qu'il a confirmé par décision du 7 décembre 2000.

Par acte du 8 janvier 2001, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre la décision susmentionnée, concluant à l'annulation de celle-ci et à l'octroi d'une rente fondée sur un degré d'invalidité de 100 %. Dans son arrêt du 8 novembre 2001 en la cause AI 4/01 - 234/2001, le Tribunal a partiellement admis le recours, annulé la décision attaquée et renvoyé le dossier de la cause à l'OAI pour qu'il complète l'instruction dans le sens des considérants, puis rende une nouvelle décision. Le Tribunal a considéré que le degré d'invalidité de l'assurée ne pouvait être calculé en partant du principe que le dommage économique de l'assurée était égal à son incapacité de travail. Il relevait que l'intéressée présentait plusieurs limitations difficilement compatibles avec l'activité d'employée de maison exercée auparavant et qu'il appartenait à l'OAI de procéder à un nouveau calcul de l'invalidité en retenant comme revenu d'invalidité le salaire que l'assurée pourrait réaliser dans une activité adaptée à son état de santé actuel. Le Tribunal a ajouté qu'il convenait de réévaluer la capacité de travail de l'assurée à la lumière de l'évolution physique et psychique de cette dernière.

C. En date du 11 novembre 2002, l'assurée a été examinée par les médecins du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR). Dans leur rapport du 13 novembre 2002, les Drs H._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, I._____, spécialiste en

psychiatrie et psychothérapie, et J._____, ont posé les diagnostics suivants :

- « - obésité morbide (BMI de l'ordre de 60).
- hypertension artérielle.
- diabète de type II.
- lombalgies communes.
- trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec syndrome somatique F 33.01.
- boulimie atypique F 50.3.
- traits de personnalité passifs et dépendants. »

Les médecins précités ont également constaté ce qui suit :

« Cette assurée qui semble, d'après ce qu'elle nous dit, toujours avoir été plutôt obèse, présente depuis le début des années 90 certainement une obésité sévère qui s'est aggravée depuis lors. Dans ce contexte, elle présente, au plan somatique, essentiellement, une dyspnée à l'effort, ainsi que des douleurs lombaires.

[...]

A l'examen clinique actuel, on est en présence d'une assurée qui frappe par une attitude infantile face à sa situation, qui présente essentiellement une obésité majeure, associée à une dyspnée lors du moindre effort et à des douleurs lombaires que l'on reproduit à la palpation de la charnière lombo-sacrée et, surtout, lors de la rétroflexion du tronc. Sinon l'examen clinique, certes sujet à caution, compte tenu de l'obésité extrême, est sp, notamment au plan ostéoarticulaire ou neurologique.

D'un point de vue strictement somatique, l'obésité extrême de cette assurée et ses douleurs lombaires sont néanmoins compatibles avec une activité sédentaire qui se ferait essentiellement en position assise et qui lui permettrait d'alterner, environ 1x/h, la position assise et la position debout, et qui ne l'obligerait jamais à soulever ou même à porter des charges d'un poids excédant 5 kg. Dans une optique strictement somatique, une telle activité semble possible et exigible, avec un rendement normal.

L'assurée est une jeune femme d'origine turque, immature, dépendante, passive et démotivée, avec une intelligence dans les limites inférieures de la norme, sans moyen d'introspection et incapable de se remettre en question. Elle présente une obésité morbide qui lui a permis de travailler pendant plusieurs années comme employée de maison dans un EMS à Lausanne, certainement, avec une diminution du rendement. L'examen clinique psychiatrique n'a pas mis en évidence l'existence de symptômes de la lignée psychotique, notamment délires, troubles formels ou logiques de la pensée, ni de signes florides de la lignée dépressive en faveur d'un diagnostic de dépression majeure. Du

point de vue anxieux, l'assurée ne présente pas d'angoisses importantes ni d'attaques de panique, ni de phobies.

Les traits de personnalité pathologique sont discrets et ne permettent pas de retenir un trouble spécifique de ce registre. Le diagnostic d'état dépressif sévère sans symptôme psychotique posé par le Dr V. _____, dans le cadre de l'expertise du COMAI du 18.05.99 basée sur les entretiens avec l'assurée le 14 et 16.12.98, s'est nettement amélioré.

Sur la base de notre observation clinique, l'assurée souffre d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec syndrome somatique, d'une boulimie atypique greffée sur des traits de personnalité passifs et dépendants. Nous sommes surpris par une exagération de l'intensité des plaintes de l'assurée, que nous n'avons pas objectivé pendant l'examen clinique. La thymie est dépressive légèrement avec au premier plan, une importante fatigabilité physique, ainsi que des crises de boulimie, de troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire. La tristesse, l'anxiété, légère, et la tension intérieure, sont nettement perceptibles lorsque l'assurée est confrontée à son bilan existentiel actuel.

Les troubles psychiques chroniques, d'intensité légère, de l'assurée, justifient une incapacité de travail de 30% pour une durée indéterminée. A notre avis, la capacité de travail est susceptible d'être améliorée par une prise en charge psychiatrique ambulatoire, qui puisse équilibrer les crises de boulimie et améliorer l'image de soi. L'assurée présente une pathologie psychiatrique chronique, d'intensité fluctuante, actuellement améliorée, qui motive une incapacité de travail de 30%, dans une activité adaptée, en tenant compte de ses limitations fonctionnelles psychiatriques.

En conclusion, pour des raisons psychiatriques, l'assurée présente une capacité de travail exigible de 70%, avec une reprise progressive d'une activité professionnelle. »

Selon les médecins susmentionnés, les limitations fonctionnelles psychiatriques étaient les suivantes : « tristesse, passivité, dépendance, démotivation, déconditionnement ». Les limitations fonctionnelles somatiques étaient décrites ainsi : « activité sédentaire qui se ferait essentiellement en position assise et qui permettrait d'alterner, environ 1x h, la position assise et la position debout, et qui n'obligerait jamais à soulever ou même à porter des charges d'un poids excédant 5 kg ». Ils ajoutaient que sur le plan psychiatrique, l'assurée présentait une capacité de travail exigible de 40 % depuis mars 1996 et de 70 % dès novembre 2002. Sur le plan somatique, dans une activité adaptée, la capacité de travail était selon les médecins de 100 % dès le début.

L'assurée a été examinée une nouvelle fois par les médecins du SMR en date du 17 mars 2003. Dans leur rapport du 6 juin 2003, les Drs I._____ et J._____ ont diagnostiqué un trouble dépressif récurrent en rémission (F33.4), de la boulimie atypique (F50.3) et des traits de personnalité passive et dépendante. Sur le plan psychiatrique, ces médecins ont mis en évidence une amélioration de la thymie dépressive, évaluée comme légère pendant l'examen du 11 novembre 2002, et au niveau des troubles de la mémoire, de la concentration et de l'attention. Le reste de l'examen était superposable à celui du 11 novembre 2002. En conclusion, les Drs I._____ et J._____ ont considéré que pour des raisons psychiatriques, l'assurée présentait une capacité de travail de 70 % dès novembre 2002, mentionnant une reprise progressive d'une activité professionnelle. Les limitations fonctionnelles psychiatriques étaient mentionnées ainsi : « Passivité, dépendance, démotivation, déconditionnement ».

Par décision du 25 août 2003, l'OAI a alloué à N._____, à partir du 1^{er} mars 1997, une rente entière fondée sur un taux d'invalidité de 73 % et dès le 1^{er} mars 2003, soit après trois mois d'amélioration de la capacité de travail et de gain, une demi-rente fondée sur un taux d'invalidité de 54,15 %.

Par acte du 25 septembre 2003, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a formé opposition à l'encontre de la décision précitée en concluant à l'octroi d'une rente fondée sur un degré d'invalidité de 100 %.

Dans son rapport du 25 août 2004 adressé à l'OAI, le Dr Q._____ a posé les diagnostics d'obésité, mentionnant une opération de by-pass gastrique le 29 juin 2004, d'hypertension artérielle, de dépression nerveuse chronique grave, de diabète insulino-dépendant et de lombosciatalgie gauche. Le médecin précité a considéré que l'activité exercée jusqu'à présent n'était plus exigible et que l'on ne pouvait pas exiger de l'assurée qu'elle exerce une autre activité.

Par courrier du 11 juillet 2005, l'OAI a informé l'assurée qu'il pourrait revenir sur sa décision du 25 août 2003 mais en défaveur de l'intéressée. Se fondant sur l'examen clinique effectué par le SMR le 11 novembre 2002, l'OAI a rappelé que l'état de santé de cette dernière s'était nettement amélioré et qu'il ne justifiait plus qu'une incapacité de travail de 30 %. Il retenait une capacité de travail dans une activité adaptée de 40 % depuis mars 1996 et de 70 % depuis novembre 2002. Se basant cette fois-ci sur l'ESS (enquête suisse sur la structure des salaires) et non plus sur les DPT (description de postes de travail), l'OAI a considéré que le taux d'invalidité de l'assurée devait être arrêté à 69,58 % dès le mois de mars 1996 et à 47,34 % dès le mois de novembre 1992 [recte : 2002], ce dernier taux n'ouvrant droit qu'à un quart de rente et non à une demi-rente.

En date du 23 septembre 2005, l'OAI, se fondant sur les considérations exposées dans son courrier du 11 juillet 2005, a rendu une décision sur opposition rejetant l'opposition et modifiant la décision du 25 août 2003 en ce sens que seul le droit à un quart de rente était reconnu depuis le 1^{er} mars 2003.

Par acte du 24 octobre 2005, l'assurée, par l'intermédiaire de son mandataire, a interjeté recours à l'encontre de la décision susmentionnée auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud, concluant à l'annulation de celle-ci, au constat de l'incapacité de travailler de l'assurée depuis le 1^{er} janvier 1994 et à l'octroi d'une rente fondée sur un degré d'invalidité de 100 %.

Dans son courrier du 19 novembre 2005 à l'OAI, le Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale, a fait part d'une aggravation de l'état dépressif de sa patiente, estimant que celle-ci n'était pas en mesure d'effectuer une activité professionnelle, même à mi-temps.

Mandaté par le Tribunal, le Centre d'expertise médicale (ci-après : le CEMed), sous la signature des Drs. C._____, R._____, tous deux spécialistes en psychiatrie et psychothérapie, Z._____, spécialiste

en médecine interne générale et en rhumatologie, et M._____, spécialiste en médecine interne générale, a établi un rapport le 27 mai 2008. Il ressortait notamment ce document que seul le diagnostic d'anxiété généralisée (F41.1) avait une répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. Les diagnostics sans influence sur la capacité de travail étaient les suivants : « hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques F50.4, traits de personnalité passive-agressive, immature et dépendante, trouble dépressif récurrent actuellement en rémission F33.4, syndrome somatoforme indifférencié F45.1, obésité morbide (BMI 46,9), status après opération de by-pass en 2004, hypertension artérielle, diabète type II, dyslipidémie, troubles statiques et dégénératifs du rachis (radiologiquement modérés), status variqueux des membres inférieurs, status après cholécystectomie en 2004 et status après lithiases rénales ». Les experts indiquaient qu'il n'existait pas de limitations fonctionnelles, tant somatiques que rumathologiques. Du point de vue psychiatrique, les limitations fonctionnelles étaient une plus grande fatigue et dans le cadre d'un aménagement du poste de travail, l'assurée devait pouvoir effectuer des pauses plus fréquentes. Les médecins précités évaluaient la capacité de travail de l'assurée à 100 %, tant dans son ancienne activité que dans une activité adaptée, la capacité résiduelle de travail du point de vue psychiatrique étant de 75 %.

Par courrier du 20 octobre 2008, l'assurée a produit un certificat médical du Dr L._____, du 6 octobre 2008 ainsi qu'un courrier de ce dernier adressé à son conseil. En substance, le médecin précité exposait que selon lui, sa patiente était trop handicapée pour pouvoir reprendre un travail, principalement en raison de l'obésité sévère dont elle souffrait. Fondée sur ces documents, l'assurée requérait la mise en œuvre d'une seconde expertise, subsidiairement un complément d'expertise.

Dans son arrêt du 23 octobre 2008 en la cause AI 216/05 - 361/2008, le Tribunal des assurances du canton de Vaud a rejeté le recours et confirmé la décision du 23 septembre 2005. En substance, le Tribunal a jugé que le rapport d'expertise du 27 mai 2008 remplissait les conditions posées par la jurisprudence pour qu'une pleine valeur probante

lui soit accordé, de telle sorte qu'il faisait siennes les conclusions de cette expertise. Il a observé que dès l'amélioration de l'état de santé de l'assurée en novembre 2002, la capacité de travail de cette dernière avait augmenté, ce que les experts avaient tout simplement confirmé.

Comparant le revenu de l'assurée avec invalidité et sans invalidité, le Tribunal a estimé que le taux d'invalidité de cette dernière s'élevait à 43,9 %, lequel ouvrait le droit à un quart de rente, corroborant ainsi la décision de l'OAI. Dans ces conditions, le Tribunal a rejeté la requête de nouvelles mesures d'instruction.

Par acte du 26 novembre 2008, N._____, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours à l'encontre de l'arrêt précité auprès du Tribunal fédéral, concluant principalement à son annulation et à l'octroi d'une rente entière de l'AI. Subsidiairement à cette seconde conclusion, l'assurée a conclu à ce que la cause soit renvoyée au Tribunal des assurances du canton de Vaud pour nouvel examen et nouveau jugement, et encore plus subsidiairement, à ce que la cause soit renvoyée à l'OAI pour nouvel examen et nouvelle décision. À l'appui de son écriture, l'assurée invoquait notamment que les diverses atteintes à la santé dont elle souffrait l'empêchaient d'exercer toute activité professionnelle et qu'elle avait donc droit à des prestations AI à 100 %. Elle ajoutait que les rapports des médecins examinés dans le jugement entrepris étaient contradictoires et elle reprochait à la Cour cantonale d'avoir fait preuve d'arbitraire en renonçant à ordonner une nouvelle expertise et d'avoir violé son droit d'être entendu en refusant de donner suite à ses offres de preuves.

Dans son arrêt du 29 mai 2009 en la cause 9C_986/2008, le Tribunal fédéral rejeté le recours. En substance, il a considéré qu'une évaluation médicale complète et approfondie telle que l'expertise du CEMed ne pouvait être remise en question au seul motif qu'un ou plusieurs médecins avaient une opinion divergente, ajoutant qu'il ne pouvait en aller différemment que si lesdits médecins faisaient état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de

l'évaluation globale et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions des experts. La Haute Cour relevait que l'assurée ne cherchait nullement à démontrer l'existence de contradictions manifestes ou d'éléments cliniques ou diagnostiques ignorés et encore moins à expliquer en quoi le point de vue de ses médecins traitants était objectivement mieux fondé que ceux des experts ou justifiait la mise en œuvre d'une mesure d'instruction complémentaire. Faute de griefs motivés, le résultat de l'appréciation des preuves du Tribunal cantonal ne prêtait pas le flanc à la critique.

D. Dans le cadre de la procédure de révision d'office initiée par l'OAI le 5 août 2013, l'assurée a fait valoir une aggravation de son état de santé consistant en des douleurs musculaires, des maux de dos insupportables et des jambes gonflées au moindre effort physique. Dans le questionnaire de l'AI pour la révision de rente complété en date du 30 août 2013, elle faisait état d'un seul suivi auprès du Dr G._____, médecin praticien à [...].

Interpellé par l'OAI, le Dr G._____ a posé les diagnostics suivants dans le questionnaire en relation avec la révision de rente daté du 28 octobre 2013 : « obésité, hypertension artérielle (HTA), hernie discale L5-S1, hypercholestérolémie et diabète de type II ». Ce médecin a considéré que la capacité de travail exigible de sa patiente dans l'activité habituelle était de 0 % et de 10 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit l'impossibilité d'effectuer des efforts physiques et une capacité de concentration réduite. Il précisait que sa patiente pouvait assurer deux heures de présence par jour dans une activité assise. Le Dr G._____ relevait encore que l'assurée se trouvait en fin de grossesse, décrite comme étant à risque. Interrogé sur l'évolution de l'état de santé de sa patiente depuis l'octroi de la rente, il qualifiait celui-ci de stable.

Dans leur avis médical du 29 janvier 2014, les Drs W._____, et T._____, tous deux médecins au SMR, ont déclaré que les renseignements à disposition n'amenaient pas d'éléments nouveaux

susceptibles de modifier les précédentes conclusions de l'OAI ou d'attester d'une aggravation de l'état de santé. Ils indiquaient également que la grossesse, même à risque, n'avait pas de valeur d'incapacité durable au sens de l'AI et que les diagnostics posés par le Dr G. _____ étaient connus de longue date, le médecin n'apportant pas d'élément objectif d'aggravation. Les médecins du SMR considéraient que les réponses au questionnaire médical de leur confrère comportaient plusieurs incohérences, notamment s'agissant des heures de présence exigibles et de la capacité de travail retenue ainsi que de la diminution de l'exigibilité malgré un état de santé décrit comme stable.

Dans son projet de décision du 6 février 2014, l'OAI a indiqué que l'assurée était au bénéfice d'une demi-rente, fondée sur un taux d'invalidité de 54 % [en réalité, il s'agit d'un quart de rente basé sur un taux d'invalidité de 44 % ; cf. infra], depuis le 1^{er} mars 2003. Compte tenu de l'avis du SMR du 29 janvier 2014, il a considéré que l'incapacité de travail et de gain de l'assurée étaient toujours les mêmes. Il a estimé qu'il n'existait en effet pas d'éléments objectifs montrant une baisse de la capacité de travail dans une activité adaptée, les limitations fonctionnelles et les diagnostics étant les mêmes que précédemment. Ainsi, le taux d'invalidité de l'assurée restait fixé à 54 % (sic), donnant droit à la même rente que celle versée jusqu'ici. L'OAI projetait ainsi de maintenir la rente précédemment versée.

Par courrier du 13 mars 2014, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a fait remarquer à l'OAI qu'elle était au bénéfice d'un quart de rente et non d'une demi-rente. Elle a ajouté qu'elle souffrait d'obésité grave, d'hypertension artérielle très marquée et difficile à contrôler, même avec plusieurs médicaments, d'une dépression nerveuse chronique, d'une affection gynécologique, de maux de tête épouvantables, d'un genou droit handicapé et d'une jambe considérablement enflée. Elle expliquait que son état s'était aggravé en raison de douleurs dorsales et de troubles du sommeil, précisant qu'elle devait souvent s'étendre dans la journée. Elle considérait donc être incapable d'exercer toute activité professionnelle et avoir droit à une rente entière d'invalidité. Elle demandait un délai pour

produire des attestations médicales, notamment ensuite d'un rendez-vous prévu le 24 mars 2014. Elle requérait également la mise en œuvre d'une expertise médicale afin de démontrer son incapacité totale de travailler et concluait à ce qu'une rente entière, subsidiairement une demi-rente, lui soit accordée.

En date du 18 mars 2014, l'OAI a rendu un projet de décision annulant et remplaçant celui du 6 février 2014. Ce projet rectifiait les faits retenus par l'OAI en ce sens que l'assurée était au bénéfice d'un quart de rente, et non pas d'une demi-rente, basée sur un taux d'invalidité de 44 %, depuis le 1^{er} mars 2003. L'OAI réitérait les arguments contenus dans son premier projet de décision et prévoyait de maintenir la rente précédemment versée.

Par courrier du 5 mai 2014, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a contesté ce projet de décision. Reprenant les éléments exposés dans son courrier du 13 mars 2014, elle a réitéré sa requête de mise en œuvre d'une expertise médicale afin de démontrer son incapacité totale de travailler et a conclu à ce qu'une rente entière, subsidiairement une demi-rente, lui soit accordée. À l'appui de son courrier, elle a produit une attestation du Dr G._____ datée du 20 mars 2014 mentionnant qu'elle n'était pas capable de travailler plus de deux heures par jour dans une activité adaptée au vu de la progression de ses problèmes de santé.

Dans sa décision du 15 mai 2014, l'OAI a maintenu la rente versée auparavant, confirmant les motifs évoqués dans son projet de décision du 18 mars 2014, soit en substance que l'incapacité de travail et de gain de l'assurée ne s'étaient pas modifiées et que le taux d'invalidité demeurait fixé à 44 %, donnant droit à la même rente que celle versée jusqu'à présent.

E. Par acte déposé le 18 juin 2014, N._____, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours à l'encontre de la décision précitée, concluant à l'annulation de celle-ci, à ce qu'il soit constaté qu'elle est incapable de travailler à 100 % et à l'octroi d'une rente en fonction d'un

degré d'invalidité à 100 %. En substance, la recourante reproche à l'OAI une constatation inexacte des faits pertinents. Elle invoque être incapable de travailler pour divers motifs médicaux, soit en raison d'une obésité grave, d'hypertension artérielle très marquée et difficile à contrôler, même avec plusieurs médicaments, d'une dépression nerveuse chronique, d'une affection gynécologique, de maux de tête épouvantables, d'un genou droit handicapé et d'une jambe considérablement enflée. Elle explique que son état s'est aggravé en raison de douleurs dorsales et de troubles du sommeil, précisant qu'elle doit souvent s'étendre dans la journée. Elle considère donc être incapable d'exercer toute activité professionnelle et avoir droit à une rente entière d'invalidité.

La recourante sollicite également la mise en œuvre d'une expertise médicale afin de vérifier les faits allégués dans son recours ainsi que l'audition des Drs Q._____, L._____ et G._____ ou qu'un questionnaire écrit leur soit soumis, précisant que son droit aux prestations AI découlera des constatations de fait établies par l'expert et les témoins.

La recourante demande également l'octroi de l'assistance judiciaire au moyen du formulaire idoine et produit un lot de pièces justifiant de sa situation financière.

Par décision du 19 septembre 2014, la juge instructrice lui accorde le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 17 juin 2014, précisant que celle-ci comprend l'exonération d'avances et des frais judiciaires ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Jean-Emmanuel Rossel. La recourante est en outre exonérée de toute franchise mensuelle.

Dans sa réponse du 21 octobre 2014, l'OAI rappelle que le questionnaire médical rempli par le Dr G._____ a été soumis au SMR pour appréciation et qu'il ressort de celle-ci que les renseignements apportés par le médecin traitant n'attestent d'aucune aggravation de l'état de santé de la recourante. En outre, selon le SMR, il existe plusieurs

incohérences dans les réponses du médecin précité. En l'absence d'éléments démontrant une modification de la problématique de santé de la recourante susceptible de modifier les droits de celle-ci, la mise en œuvre d'une expertise n'est, selon l'intimé, nullement justifiée. L'OAI conclut ainsi au rejet du recours et au maintien de la décision litigieuse.

Par réplique du 15 janvier 2015, l'assurée indique que l'obésité dont elle souffre est liée à un problème psychique grave et qu'elle ne peut plus exercer la moindre activité, si ce n'est de menues tâches domestiques. Elle réitère également sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise.

Dans sa duplique du 9 février 2015, l'OAI confirme ses conclusions.

Le 15 mai 2015, le conseil de la recourante produit sa liste des opérations pour un total de 2'160 fr., TVA et débours à hauteur de 21 fr. 60 inclus, totalisant onze heures de travail. Les éléments de fait s'agissant de cette liste seront repris en tant que de besoin ci-après (consid. 7c infra).

E n d r o i t :

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

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la

compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 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 (art. 93 let. a LPA-VD).

En l'espèce, le recours du 17 juin 2014 contre la décision de l'OAI du 15 mai 2014 a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le refus de l'OAI d'augmenter la rente de l'assurée et sur le maintien de l'octroi d'un quart de rente sur la base d'un taux d'invalidité de 44 %, suite à la procédure de révision initiée d'office par l'intimée le 5 août 2013. Dans la mesure où la recourante invoque une aggravation de son état de santé qui justifierait selon elle l'octroi d'une rente entière, il y aura lieu d'examiner si sa capacité travail et de gain ont évolué depuis la décision du 23 septembre 2005, confirmée par les arrêts du 23 octobre 2008 du Tribunal des assurances du canton de Vaud et du 29 mai 2009 du Tribunal fédéral. Sur le plan médical, il s'agira notamment de déterminer s'il existe une péjoration de l'état de santé propre à influencer le droit à la rente depuis la décision précitée, en particulier depuis l'expertise pluridisciplinaire du 27 mai 2008 du CEMed (cf. consid. 3a et 6 infra).

3. a) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est,

d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse. Dite décision constitue donc le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; ATF 130 V 71 consid. 3.2 ; 125 V 368 consid. 2 et 112 V 371 consid. 2b ; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b ; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p. 833).

b) Selon l'art. 87 al. 1 RAI (règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), la révision a lieu d'office lorsqu'en prévision de la possibilité d'une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence, ou encore du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance (let. a), ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou encore du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité (let. b).

L'art. 88a al. 1 RAI stipule que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

Aux termes de l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis RAI est toutefois applicable par analogie.

S'agissant des effets d'une modification du droit aux prestations par voie de révision, l'art. 88bis al. 1 RAI prévoit que l'augmentation de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet, au plus tôt, si la révision est demandée par l'assuré, dès le mois où cette demande est présentée (let. a) ; si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel on l'avait prévue

(let. b), et s'il est constaté que la décision de l'office AI désavantageant l'assuré était manifestement erronée, dès le mois où ce vice a été découvert (let. c).

En vertu de l'art. 88bis al. 2 RAI, la diminution ou la suppression de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a), rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement en vertu de l'art. 77 RAI, que la poursuite du versement de la prestation ait eu lieu ou non en raison de l'obtention irrégulière ou de la violation de l'obligation de renseigner (let. b).

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

En vertu de l'art. 7 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.

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

b) Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPG) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quart de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et réf. cit.). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2 ; 105 V 156 consid. 1 ;TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

d) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (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 bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc ; Pratique VSI 2001 p. 106, consid. 3b/cc). Il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et réf. cit.).

5. a) 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 LPG). 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 (TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6).

b) Si l'administration 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 prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b; ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d et réf. cit.).

6. a) En l'espèce, dans le cadre de la révision d'office de la rente, N._____ fait valoir une aggravation de son état de santé. Dans son mémoire de recours, elle explique notamment souffrir d'une série d'atteintes à la santé, à savoir d'obésité grave, d'hypertension artérielle très marquée et difficile à contrôler, même avec plusieurs médicaments, de dépression nerveuse chronique, d'une affection gynécologique, de maux de tête épouvantables, d'un genou droit handicapé et d'une jambe considérablement enflée. Elle soutient que son état s'est aggravé du fait de douleurs dorsales et de troubles du sommeil, précisant qu'elle doit souvent s'étendre dans la journée.

Au vu de la jurisprudence précitée (cf. consid. 3a supra), il convient donc d'examiner si la capacité travail et de gain de la recourante ont évolué depuis la décision d'octroi du 23 septembre 2005, confirmée par les arrêts du 23 octobre 2008 du Tribunal des assurances du canton de Vaud et du 29 mai 2009 du Tribunal fédéral. Sur le plan médical, il s'agit notamment de déterminer s'il existe une péjoration de l'état de santé propre à influencer le droit à la rente depuis la décision précitée, en particulier depuis l'expertise pluridisciplinaire du 27 mai 2008 du CEMed.

À cet égard, on observe que depuis l'expertise réalisée par le CEMed en 2008, aucun nouveau diagnostic n'a été posé. Il s'avère en effet que les diagnostics d'obésité, d'hypertension artérielle (HTA) et de diabète de type II mentionnés par le Dr. G._____ dans le questionnaire médical du 28 octobre 2013 avaient déjà été retenus par les experts du CEMed en 2008. Pour ce qui est de l'hypercholestérolémie, il s'agit d'une

dyslipidémie, c'est-à-dire d'une anomalie du taux de lipides dans le sang (Le petit Larousse de la médecine, éd. 2010, p. 306). Or ce diagnostic avait déjà été expressément posé en 2008 (cf. rapport d'expertise du 27 mai 2008 p. 33). S'agissant de l'hernie discale L5-S1, les experts du CEMed relevaient déjà en 2008 une protrusion discale postéro-médiane et para-médiane gauche en L5-S1, si bien que ce diagnostic était également connu (cf. rapport d'expertise du 27 mai 2008 p. 26). Au demeurant, on rappelle que selon les experts du CEMed, les diagnostics précités n'ont pas d'influence sur la capacité de travail de la recourante (cf. rapport d'expertise du 27 mai 2008 p. 33).

Quant aux douleurs évoquées par l'intéressée, lesquelles étaient d'ailleurs mentionnées par les experts en 2008 (cf. rapport d'expertise du 27 mai 2008 p. 11), elle doivent être objectivées par des observations médicales concluantes, ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

La recourante invoque également une affection gynécologique, sans autres précisions. Dans le questionnaire médical du 28 octobre 2013, le Dr G. _____ ne fait cependant nullement état de cette problématique, mentionnant uniquement la grossesse de sa patiente. Dans ces conditions, il n'est pas possible de savoir si l'affection gynécologique dont fait état la recourante constitue un nouveau diagnostic et cas échéant s'il s'agit d'une atteinte incapacitante, ni la date de sa survenance, étant précisé que si cette atteinte devait être postérieure à la décision attaquée, elle ne saurait être prise en considération.

L'assurée indique également souffrir d'une dépression nerveuse chronique. Le diagnostic de trouble dépressif récurrent avait déjà été posé par les experts du CEMed en 2008, si bien qu'il ne s'agit pas d'une nouvelle atteinte à la santé. Au moment de cette expertise, cette affection était cependant en rémission et considérée comme sans répercussion sur la capacité de travail (cf. expertise du 27 mai 2008 pp. 30 et 33). Actuellement, aucun élément au dossier n'indique une péjoration de ce trouble dépressif. On ne trouve pas non plus de trace d'un suivi médical psychiatrique ni de traitement médicamenteux anti-dépresseur. Il

ressort d'ailleurs du questionnaire médical du 28 octobre 2013 que le Dr G. _____ ne mentionne même pas ce diagnostic. Dans ces conditions, force est de constater qu'une aggravation de l'atteinte psychique n'est pas objectivée.

b) Au vu des considérations qui précèdent, on ne peut que se rallier à la position du SMR en ce sens que les renseignements à disposition n'amènent pas d'éléments nouveaux susceptibles d'attester d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée. Bien que le Dr G. _____ parle de progression des problèmes de santé de sa patiente, tout en considérant dans le même temps que son état de santé est stable depuis l'octroi de la rente, il n'explique nullement en quoi la situation médicale se serait péjorée depuis l'expertise du CEMed, se contentant de substituer sa propre appréciation à celle des experts, ce qui ne constitue pas un motif de révision (cf. consid. 3a supra). Le constat du SMR s'impose d'autant plus que le questionnaire médical du 28 octobre 2013 émane du médecin traitant de l'assurée, lequel est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (cf. consid. 4d supra).

c) S'agissant des mesures d'instruction requises, à savoir la mise en œuvre d'une expertise et l'audition des Drs Q. _____, L. _____ et G. _____ ainsi que des compléments écrits à solliciter auprès de ces médecins, elles ne s'imposent pas. Tout d'abord, on observe que le Dr G. _____ s'est déjà exprimé à deux reprises, soit par le biais du questionnaire médical du 28 octobre 2013 ainsi que de l'attestation du 20 mars 2014. Ainsi, son audition paraît superflue. S'agissant de l'audition du Dr Q. _____, il ressort du dossier que ce dernier n'est plus le médecin traitant de la recourante, de sorte que son audition serait sans pertinence. Quant à l'audition du Dr L. _____, spécialiste en médecine interne générale prenant en charge la problématique de l'obésité de la recourante (cf. expertise du 27 mai 2008 p. 16), elle paraît inutile, étant rappelé que l'obésité de l'assurée est un diagnostic connu de longue date et au sujet duquel cette dernière ne fait pas valoir d'aggravation spécifique.

Pour ce qui est de la requête d'expertise, elle est, en l'état du dossier, purement exploratoire. Dans ces conditions et conformément à la jurisprudence précitée en matière d'appréciation anticipée des preuves (cf. consid. 5b supra), le Tribunal de céans est en mesure de se forger sa propre opinion sur la base des éléments figurant au dossier, si bien qu'il n'est pas nécessaire d'administrer d'autres preuves.

d) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

7. a) La procédure est onéreuse. En principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 49 al. 1 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge de la recourante, qui succombe. Toutefois, dès lors que cette dernière a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais judiciaires, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

b) Il n'y a, au demeurant, pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; art. 61 let. g LPGA).

c) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré par le canton (art. 118 al. 1 let. a et c CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office.

En l'espèce, Me Jean-Emmanuel Rossel a chiffré à onze heures le temps consacré à ce dossier depuis le 17 juin 2014. Il n'a cependant pas détaillé le temps effectif de chaque opération. Cependant, après examen, le temps consacré à la réalisation de certaines activités paraît toutefois trop important eu égard à la complexité de la cause, si bien qu'il convient

de réduire le nombre d'heures comme suit : une heure pour le premier entretien avec la recourante et une demi-heure pour le second ; une heure pour les six courriers, dans la mesure où il s'agit de lettres d'accompagnement d'écritures ou de demandes de prolongations de délai ; trois heures pour le recours, y compris l'examen du dossier et une heure et demie pour la réplique ; une heure pour les entretiens téléphoniques avec le greffe et l'assurée, assurément brefs et limités compte tenu de la nature de l'affaire, de ses difficultés et des deux entretiens à l'étude déjà pris en compte. Afin de rapporter les heures dans une mesure raisonnable s'agissant des opérations utiles et nécessaires en l'espèce, le temps total consacré doit donc être réduit à huit heures. C'est ainsi un montant de 1'440 fr. (huit heures x tarif horaire de 180 fr.) qui doit être reconnu à titre d'honoraires pour les opérations effectuées, plus la TVA à 8 % d'un montant de 115 fr. 20. Au demeurant, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1, consid. 3a). En l'occurrence, c'est un montant de 21 fr. 60, TVA à 8 % en sus, qui doit être reconnu à ce titre. L'indemnité d'office doit ainsi être fixée à 1'578 fr. 50.

La rémunération du conseil d'office ainsi que les frais judiciaires sont provisoirement supportés par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser ce montant dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RS 211.02.3]).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 15 mai 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. L'indemnité d'office de Me Jean-Emmanuel Rossel, conseil de la recourante N._____, est arrêtée à 1'578 fr. 50 (mille cinq cent septante huit francs et cinquante centimes), TVA comprise.
- VI. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière:

Du

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

- Jean-Emmanuel Rossel, à Morges (pour N._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17

juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :