

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 août 2015

Composition : Mme PASCHE, présidente
M. Bonard et Mme Rossier, assesseurs
Greffière : Mme Berseth Béboux

Cause pendante entre :

H. _____, à [...], recourante, représentée par Me Valérie Mérinat, avocate
à Vevey,

et

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

Art. 6, 7 et 8 LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 al. 1 et 2 LAI

E n f a i t :

A. H._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en [...], ressortissante [...] en Suisse depuis 1996, a travaillé en qualité d'ouvrière auprès de l'entreprise B._____ à [...]. En incapacité de travail depuis le 2 octobre 2007, elle a déposé le 1^{er} septembre 2008 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) pour adultes. Elle indiquait souffrir d'une atteinte psychiatrique, ainsi que de plusieurs affections somatiques à compter de 1995-1996.

Selon un protocole opératoire du 27 février 2008, les Drs O._____, médecin-chef et A._____, chef de clinique au sein des U._____ (ci-après : U._____), tous deux spécialistes en chirurgie, ont mentionné avoir procédé à une annexectomie bilatérale ainsi qu'à une ovariectomie gauche avec cure d'éventration sous ombilicale par mise en place d'un filet prothétique.

Mandaté par l'assureur perte de gain maladie de l'assurée (E._____), le Dr L._____, spécialiste en psychiatrie-psychothérapie du Département de [...] aux S._____, a examiné l'assurée le 6 juin 2008. Au terme de son rapport d'expertise du 9 juin 2008, ce médecin a posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques (F 32.2) entraînant une incapacité de travail totale dans quelque profession que ce soit, sans qu'il ne fût possible d'envisager une date de reprise, même partielle, d'activité. Le Dr L._____ relevait en outre que l'incapacité de travail précitée était également liée aux différentes pathologies somatiques affectant l'intéressée.

Dans un rapport du 7 octobre 2008, le Dr R._____, médecin chef au Centre F._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a posé les diagnostics invalidants de cervico-dorso-lombalgies chroniques, de troubles de la statique rachidienne, de syndrome douloureux chronique (non exclu) et de status après multiples interventions digestives. Sans se prononcer sur l'évaluation de la capacité

de travail résiduelle de sa patiente, ce médecin a précisé qu'en se référant aux problèmes locomoteurs, la capacité de travail était conservée dans une activité permettant une épargne du rachis.

Dans un avis médical du 13 février 2009, le Dr W._____, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), a indiqué qu'au vu de l'instruction de la demande, il s'avérait nécessaire de demander un rapport à la Dresse N._____, puis de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique), en présence d'un traducteur neutre.

Dans un rapport médical du 30 mars 2009, la Dresse N._____, cheffe de clinique de l'antenne d' [...] de la I.A._____, assistée de M. D._____, psychologue FSP, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F 32.2) avec idées suicidaires et d'anxiété généralisée (F 41.1) depuis janvier 2003. Les symptômes actuels consistaient en une baisse de l'estime de soi, un manque de confiance, une tristesse continue, une fatigue permanente, une absence de plaisir, des idées suicidaires, des douleurs somatoformes au ventre, ainsi qu'une perte générale d'intérêt. S'agissant du traitement, une séance mensuelle de psychothérapie avait été mise en place. La Dresse N._____ relevait en outre qu'au vu de l'état de sa patiente, une augmentation de la fréquence de ses séances était souhaitable en sus d'un traitement de sertraline (Seraline-Mepha). Elle attestait une incapacité de travail de 100% à partir du 5 novembre 2007.

Se déterminant à nouveau sur le dossier le 14 mai 2009, le Dr W._____ a confirmé la nécessité de préciser le status et les limitations fonctionnelles objectives par le biais d'une expertise.

Par communication du 22 juin 2009, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) a indiqué à son assurée qu'une expertise médicale allait être réalisée. Dans une expertise psychiatrique du 17 juillet 2009, consécutive à un examen clinique pratiqué le 10 juillet 2009 avec l'assistance d'un interprète de

langue [...], la Dresse G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, s'est prononcée comme suit sur le cas de l'assurée :

« (...)

DIAGNOSTICS

Diagnostic(s) ayant des répercussions sur la capacité de travail

- Aucun sur le plan psychiatrique (Z71.1).

Diagnostic(s) sans répercussion sur la capacité de travail

- Trouble douloureux somatoforme persistant (F45.4).
- Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (sinistrose) (F68.0).

APPRÉCIATION DU CAS

Il s'agit d'une assurée âgée de [...] ans, [...] établie en Suisse depuis 1996. Au bénéfice de quatre ans de scolarité, elle ne travaille pas au pays et, en Suisse, est engagée dès 1998 comme ouvrière, d'abord dans une (...) puis dans la B. _____ à [...], jusqu'à une mise en arrêt de travail total au 01.10.2007. Cette mise en arrêt est motivée selon l'assurée par les séquelles de multiples interventions chirurgicales.

Les antécédents familiaux sont vierges du point de vue psychiatrique, hormis une tendance du père à boire de l'alcool.

Sur le plan personnel, l'anamnèse ne révèle aucune atteinte psychiatrique avant la mise en arrêt de travail. Sur le plan psychosocial, l'histoire de l'intéressée est dure, d'une part parce qu'elle a subi les traumatismes de la guerre au pays avec disparition et décès de presque tous les hommes de sa famille et de sa mère ; d'autre part, par une anamnèse obstétricale objectivement dure : après la naissance d'un fils en bonne santé en 1997, l'assurée voit la deuxième grossesse se terminer par une mort in utero à quatre mois d'aménorrhée, une troisième grossesse dont l'accouchement est grevé d'une rupture de paroi utérine avec décès du bébé à quatre jours de vie et, finalement, la naissance d'un fils prématuré à six mois en 2001, qui garde des séquelles d'une hémorragie cérébrale sous forme d'un retard de développement scolaire.

A l'examen de ce jour, il s'agit d'une assurée qui se montre fortement souffrante, avec une mobilisation lente, un regard systématiquement dévié vers le bas et un visage triste qui exprime de nombreux soupirs. Elle dit spontanément qu'il vaudrait mieux mourir que de mener l'existence qu'elle doit vivre.

Sur le plan objectif, le tableau surprend par une discordance des compétences de l'assurée en regard de sa présentation clinique : une fois stimulée, elle devient vive et répond correctement aux questions qui lui sont posées avec des capacités cognitives très bonnes, au vu de son niveau de scolarité. Malgré des plaintes importantes, l'évaluation des critères de dépression selon les classifications internationales (CIM-10) ne montre que des éléments subjectifs dont l'intensité serait à peine moyenne. Les capacités intellectuelles sont bien présentes et il n'y a pas de signe de psychose ni d'autre atteinte psychiatrique grave à la santé.

En conséquence, le tableau observé montre d'une part des signes d'un trouble douloureux somatoforme persistant, d'autre part ceux d'une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques : en effet, l'assurée n'est pas une personne qui ne peut pas mais une personne qui se positionne inconsciemment dans un rôle d'invalidé. Elle sous-estime ses capacités qui sont

excellentes. Les ressources sont bien présentes et mobilisables, mais avec une entrée dans un processus de sinistrose.

Face aux critères jurisprudentiels de gravité dans le contexte d'un syndrome douloureux chronique, l'examen de ce jour ne peut donc pas attester de comorbidité psychiatrique significative. Les éléments dépressifs font partie du tableau douloureux. Les affections corporelles chroniques n'ont aucun caractère incapacitant (en s'appuyant sur le rapport médical du Dr R. _____ du 01.09.2008). Il n'y a pas de perte d'intégration sociale, bien que la non maîtrise de la langue française pousse l'assurée à ne rester en lien qu'avec les membres de sa famille. Le processus défectueux de résolution de conflit pourrait être situé dans le cadre d'une dynamique conjugale, voire familiale : en effet, le mari, bien que travaillant à plein temps, doit assumer les travaux de lessive, les achats importants, les tâches administratives et prendre en charge l'éducation des enfants. Il n'y a pas d'échec de traitements conformes aux règles de l'art, au vu de la pauvreté des éléments objectifs. Il n'y a pas de signe de non coopération.

En conséquence, l'examen des critères jurisprudentiels de gravité ne met pas en évidence de comorbidité psychiatrique pouvant grever l'exigibilité professionnelle de cette assurée qui présente les signes d'un trouble douloureux somatoforme persistant.

Face aux documents médicaux en notre possession

- Les rapports de la psychiatre, la Dresse N. _____ du 04.04.2008 et du 30.03.2009, posent un diagnostic d'épisode dépressif sévère mais n'en illustrent pas les signes. Etant donné que ces diagnostics sont décrits comme étant apparus en janvier 2003 et que l'assurée a travaillé jusqu'en septembre 2007, ceux-ci ne peuvent être considérés comme incapacitants.
- Quant au rapport du Dr R. _____ du 01.09.2008, il y mentionne un diagnostic de syndrome douloureux chronique parfaitement en accord avec l'examen de ce jour.
- Pour l'expertise du Dr L. _____ du 09.06.2008 : bien que celui-ci mentionne un diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique avec actuellement pas d'exigibilité professionnelle, il propose un nouveau bilan à trois mois, une prescription de traitement antidépresseur et une psychothérapie, et signale que l'assurée pourrait bénéficier de mesures de réinsertion AI. Tenant compte de ces observations, l'expert confirme qu'une certaine exigibilité professionnelle existe et qu'un traitement psychiatrique plus intense pourrait être bénéfique. Objectivement, il serait certes adéquat d'intensifier le suivi psychiatrique, peut-être avec un spécialiste parlant la langue de l'assurée (il en existe quelques-uns, notamment dans la région [...]).

Quant à l'assurée, il est incontestable que cette dernière sous-estime ses capacités et que son inactivité au quotidien entraîne un déconditionnement physique et psychique qui aggrave encore son sentiment de fatigabilité.

Quant aux questions posées dans votre demande d'expertise du 22.06.2009 :

A. QUESTIONS CLINIQUES

Cf. rapport d'expertise ci-dessus.

B. INFLUENCE SUR LA CAPACITÉ DE TRAVAIL

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

Sur le plan physique

Cf. rapport médical du Dr R. _____ du 01.09.2008.

Sur le plan psychique et mental

L'assurée a les ressources psychiques pour exercer une activité professionnelle à plein temps. Son important déconditionnement n'est pas un facteur médical mais réduit l'espoir de reprise de travail à l'avenir.

Sur le plan social

Au plan social, l'intégration à la Suisse est maigre, l'assurée évitant au maximum le contact avec le monde francophone et ne parlant pas un mot de français durant l'examen, malgré 13 ans de vie dans notre pays.

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

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

L'atteinte de l'assurée n'est pas d'ordre médical. Sur le plan strictement psychiatrique, il n'y a aucun trouble empêchant l'assurée d'exercer son activité professionnelle habituelle.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

Sur le plan psychiatrique, la capacité résiduelle de travail est entière dans l'activité habituelle comme dans toute autre activité adaptée.

2.3. L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?

Oui, à plein temps.

2.4. Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Non.

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

L'assurée a été mise en arrêt de travail total au 01.10.2007, selon le rapport employeur. Aucune atteinte psychiatrique à la santé ne motive cette mise en arrêt de travail.

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

Etant donné qu'aucune atteinte psychiatrique à la santé n'est apparue depuis lors, il n'y a toujours pas d'incapacité de travail pour raison médicale actuellement.

3. En raison de ses troubles psychiques, l'assurée est-elle capable de s'adapter à son environnement professionnel ?

Objectivement oui.

C. INFLUENCES SUR LA RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE

1. Des mesures de réinsertion professionnelle sont-elles envisageables?

Oui. L'assurée peut s'habituer à un rythme de travail, elle est apte à s'intégrer dans le tissu social (en tout cas dans son milieu habituel d'origine) et peut mobiliser des ressources existantes.

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

Non puisque la capacité de travail est médicalement de 100%.

2.1. Si oui, par quelles mesures ?

Il n'y a pas d'indication à mettre en place de mesures.

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

Sans objet.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assurée ?

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 ?

Aucun critère médical n'est à signaler.

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

L'activité habituelle d'ouvrière en [...] est adaptée, elle peut être exercée à plein temps.

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

Non.

3.4. Si plus aucune activité n'est possible, quelles en sont les raisons ?

Sans objet.

REMARQUES ET/OU AUTRES QUESTIONS :

Hormis le tableau douloureux chronique, l'assurée frappe par sa faible motivation à s'intégrer dans le tissu social de son pays d'adoption. A moins qu'une motivation n'apparaisse d'une manière objectivable, aucune démarche asséculo-logique ne peut améliorer le pronostic de reprise professionnelle. »

Dans un rapport du SMR du 7 août 2009, le Dr W._____ a qualifié l'expertise de la Dresse G._____ de "médicalement probante" et a ainsi partagé ses conclusions quant à l'existence d'une capacité de travail exigible à 100 % dans l'activité habituelle.

Par projet de décision du 18 août 2009, l'OAI a rejeté la demande de rente. De ses constatations, il apparaissait au vu de l'expertise psychiatrique de la Dresse G._____ du 10 juillet 2009 que l'assurée ne présentait pas de comorbidité psychiatrique associée à son trouble somatoforme douloureux. Elle ne souffrait ainsi pas d'affections corporelles chroniques, ni de perte d'intégration sociale dans toutes les

manifestations, ni d'un état psychique cristallisé ; il n'y avait au demeurant pas d'échec des traitements conformes aux règles de l'art. Ainsi, la reprise d'une activité professionnelle à 100% était exigible de sa part dans tout travail adapté (alternance des positions, pas de port de charges de plus de 10 kg, pas de travaux en porte-à-faux du tronc), telle sa dernière activité d'ouvrière auprès de l'entreprise B._____. Le trouble somatoforme douloureux diagnostiqué ne constituait donc pas une atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI.

Le 31 août 2009, l'assurée a fait part de ses objections au projet de décision précité, écriture complétée le 16 octobre 2009 par son conseil, Me Valérie Mérinat.

Par décision du 23 février 2010, accompagnée d'un courrier daté du même jour en faisant partie intégrante, l'OAI a intégralement confirmé son projet de refus de rente du 18 août 2009.

B. L'assurée a recouru contre cette décision le 26 mars 2010 en concluant à l'octroi d'une rente.

Par arrêt du 23 février 2012 (cause AI 134/10 - 68/2012), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours, annulé la décision du 23 février 2010 et renvoyé la cause à l'OAI pour complément d'instruction puis nouvelle décision. Le considérant 4 de cet arrêt a la teneur suivante :

« **4. a)** En l'espèce, la recourante est d'avis que l'intimé n'était pas fondé à rendre la décision litigieuse sur la base des conclusions de l'expertise réalisée par la Dresse G._____. Selon elle, cette expertise comporte certaines erreurs dans son anamnèse et dans les conditions de sa réalisation (problème d'interprète et attitude désinvolte de l'expert). Ces éléments auraient pour incidence que dite expertise ne pourrait se voir reconnaître valeur probante. La recourante déplore en outre que l'administration n'ait pas interpellé son médecin traitant ainsi que son gynécologue, lesquels auraient pu fournir des éléments médicaux nécessaires à une correcte appréciation de son état de santé.

De son côté, l'office intimé considère que les critiques de la recourante ne sont pas fondées. Dans son courrier d'accompagnement du 23 février 2010, il relève tout d'abord que les

qualifications de l'interprète parlant [...] ne peuvent être rediscutées. Il précise ensuite qu'en application des critères posés par le Tribunal fédéral en la matière, l'expertise psychiatrique effectuée par la Dresse G._____ - tenant en particulier compte de l'ensemble des autres avis médicaux au dossier - remplit toutes les conditions pour admettre sa valeur probante sans qu'il n'existe de raisons de s'écarter de ses conclusions. Rappelant les règles jurisprudentielles applicables en matière d'instruction dans le domaine des assurances sociales, l'intimé est d'avis qu'en présence d'un dossier médical complet lui permettant de se forger un avis tranché sur le fond du litige, il n'existe pas de motifs de compléter l'instruction en interrogeant les médecins consultés par la recourante.

b) Il ressort du dossier que les constatations de l'expertise psychiatrique réalisée en juillet 2009 par la Dresse G._____ s'inscrivent en contradiction avec celles adoptées d'une part, par le Dr L._____ au terme de son expertise psychiatrique datant de juin 2008 et d'autre part, de celles ressortant du rapport médical du 30 mars 2009 de la Dresse N._____.

aa) S'agissant du premier grief soulevé quant aux problèmes de traduction des questions posées par l'expert G._____, la Cour constate que sur la base des indications fournies le 23 février 2010 par l'intimé, l'interprète en question parle plusieurs langues dont notamment le [...]. Il n'est donc pas possible de soutenir, à l'instar de la recourante, que les questions posées auraient fait l'objet d'une traduction imparfaite, problématique, déstabilisant l'intéressée dans ses réponses. On relève que si tel avait effectivement été le cas, la recourante aurait immédiatement fait mention des problèmes de communication déjà durant l'examen clinique pratiqué. Or tel n'a pas été le cas, l'expertisée ayant communiqué la totalité des informations qui lui ont été demandées par l'expert. Au vu de ces circonstances, le premier grief élevé est rejeté.

bb) La recourante critique encore la qualité de l'expertise de la Dresse G._____ au motif notamment que cette dernière l'aurait reçue avec "les pieds sur la table", présentant ainsi une attitude désinvolte à l'égard de l'expertisée et la déstabilisant. Cette version du déroulement de l'expertise repose exclusivement sur les allégations de la recourante postérieures à la prise de connaissance des conclusions de l'expert, de sorte qu'il subsiste un doute quant à sa véracité. Quoiqu'il en soit, on ne voit pas que le fait pour l'expert d'adopter une position telle que décrite durant l'expertise puisse être de nature à remettre en question ses compétences professionnelles et par suite, influencer la recourante dans ses réponses aux questions posées. Il va à nouveau sans dire que si une telle situation s'était présentée, la recourante aurait fait part de sa gêne à la Dresse G._____ durant l'expertise. Or tel n'a pas été le cas en l'espèce. Ce second grief, infondé, est rejeté.

cc) A suivre la recourante, l'OAI aurait attribué à tort valeur probante au rapport d'expertise du 17 juillet 2009 de la Dresse G._____.

A lecture, l'expertise en question a été réalisée avec l'assistance d'un interprète de langue [...], sur la base de l'ensemble du dossier AI remis en mains de l'expert et après un examen clinique en cabinet. Il comporte une anamnèse détaillée (pp. 2-5), brosse un status psychiatrique de l'assurée (pp. 5-6), pose des diagnostics

clairs selon la classification internationale de la CIM-10 (p. 6), discute l'appréciation du cas de manière cohérente, nuancée et dûment motivée (pp. 6-8) et contient les réponses aux questions posées en lien avec l'évaluation de la capacité de travail (pp. 8-10).

Dans la discussion du cas, la Dresse G. _____ expose de manière détaillée, et après une analyse détaillée des critères développés par la jurisprudence, les raisons médicales pour lesquelles le trouble douloureux somatoforme persistant (F 45.4) – et la majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F 68.0) qui lui est liée – diagnostiqué est dépourvu de caractère invalidant dans le cas particulier. L'expert ne relève en ce sens pas d'affections corporelles chroniques, ni perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, ni un état psychique cristallisé avec échec des traitements conformes aux règles de l'art et l'absence de processus défectueux de résolution de conflit. Il n'y a par conséquent pas présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée de nature à justifier d'un caractère non exigible de la réintégration de la recourante dans le processus de travail (cf. ATF 130 V 352 s'agissant de la jurisprudence applicable en matière de troubles douloureux somatoforme). L'examen rigoureux réalisé par un spécialiste n'appert dès lors pas intrinsèquement critiquable.

A l'instar de l'intimé, on constate que dans son examen du cas, la Dresse G. _____ a dûment tenu compte et apprécié l'ensemble des autres avis médicaux au dossier, en expliquant pour chacun d'eux les raisons pour lesquelles elle s'en écarte (cf. pp. 7-8 du rapport d'expertise psychiatrique du 17 juillet 2009). Ainsi, l'expertise du 9 juin 2008 du Dr L. _____ pose certes un diagnostic invalidant mais propose un nouveau bilan à trois mois, la prescription d'un traitement antidépresseur, une psychothérapie avec possibilité d'octroi de mesures de réinsertion. Il résulte de ces dernières observations la confirmation d'une possible exigibilité professionnelle moyennant une intensification du suivi psychiatrique. Quant à l'avis du Dr R. _____ selon rapport médical du 7 octobre 2008, complété le 1^{er} septembre 2008, il pose également un diagnostic de syndrome douloureux chronique (non exclu) en accord avec la Dresse G. _____. Son avis ne contient toutefois pas une évaluation de la capacité de travail résiduelle du fait des affections psychiques, de sorte qu'il ne peut être tenu pour probant en l'espèce. Pour terminer, dans son rapport du 30 mars 2009, la Dresse N. _____ retient deux diagnostics avec effet sur la capacité de travail (épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques [F 32.2] avec idées suicidaires et anxiété généralisée [F 41.1]) remontant au mois de janvier 2003. Outre le fait que ce médecin n'examine pas les critères lui permettant de conclure au caractère incapacitant des affections précitées, la recourante ayant travaillé auprès de B. _____ jusqu'à la fin septembre 2007, ces atteintes apparues déjà depuis janvier 2003 ne peuvent être qualifiées d'incapacitantes.

En définitive, la Dresse G. _____ n'a aucunement éludé l'écueil que représentent les avis médicaux contraires ressortant de l'instruction du cas de la recourante par l'office intimé.

dd) Au vu de ce qui précède, et sous l'angle psychiatrique, la Cour est d'avis que les constatations et conclusions adoptées par la Dresse G. _____ au terme de son rapport d'expertise psychiatrique

de juillet 2009 ont pleine valeur probante au sens de la jurisprudence rappelée sous consid. 3c supra. On retient ainsi que sur le plan psychiatrique, la recourante bénéficie d'une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (alternance des positions assis / debout, pas de port de charges excédant 10 kg et pas de travaux en porte-à-faux du tronc), telle que l'était en particulier sa dernière activité d'ouvrière auprès de l'entreprise B._____.

c) La recourante déplore enfin que dans le cadre de l'instruction de sa demande, l'intimé n'ait pas recueilli les avis médicaux de son médecin traitant (le Dr Y._____) et de son gynécologue (le Dr V._____).

S'agissant de l'avis du médecin traitant, on constate d'emblée qu'il n'y a pas trace d'un quelconque rapport dans le dossier remis par l'intimé. On relève que la recourante a d'abord été suivie par le Dr K._____, généraliste, puis récemment par le Dr Y._____. Or, l'avis des médecins traitants précités - lesquels ont une vision globale et suivie de l'état de santé de leur patiente - s'avère nécessaire en l'espèce étant entendu que leur appréciation est susceptible d'apporter de nouveaux éléments, en particulier sous l'angle somatique, dans le processus d'appréciation de l'état de santé global de la recourante.

Quant à l'aspect gynécologique, l'anamnèse de l'expertise de la Dresse G._____ relate une multitude d'opérations subies par la recourante depuis 1994. Celle-ci a notamment été opérée en février 2008 avec pose d'un filet prothétique sur éventration abdominale (cf. à ce propos le protocole opératoire du 27 février 2008 des Drs O._____ et A._____). Une telle intervention chirurgicale étant susceptible d'entraîner des limitations fonctionnelles, en particulier une restriction du port de charges. Il est donc nécessaire pour l'intimé de récolter l'avis du gynécologue de la recourante (le Dr V._____) afin d'être en mesure de se déterminer en toute connaissance de cause sur l'évolution de l'état de santé gynécologique de la recourante suite à l'intervention précitée. Il est parfaitement envisageable qu'il en résulte des restrictions importantes, voire même une incapacité de travail.

d) En définitive, la Cour de céans considère que sur le plan psychiatrique le dossier est complet, l'expertise de la Dresse G._____ se révélant probante (cf. consid. 4 b/dd supra). A l'opposé, sous l'angle somatique, les avis médicaux des médecins traitants (les Drs K._____ et Y._____) ainsi que celui du gynécologue (le Dr V._____) font défaut pour permettre à la Cour de statuer en toute connaissance de cause sur le cas de la recourante.

En l'espèce, 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 (cf. aussi art. 57 al. 1 let. f LAI et 69 al. 2 RAI [règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961, RS 831.201] ; ATF 117 V 282 consid. 4a) - apparaît la solution la plus opportune. C'est parce que l'office AI s'est abstenu d'ordonner des mesures d'instruction de base, et a constitué un dossier lacunaire, qu'on lui renvoie le dossier afin qu'il en complète l'instruction (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et les références citées), en récoltant des rapports médicaux auprès des médecins suivant la recourante (les

Drs K. _____ et plus récemment Y. _____) ainsi qu'auprès de son gynécologue le Dr V. _____ afin de pouvoir déterminer si dans le présent cas, de nouveaux motifs d'ordre médical sont éventuellement susceptibles d'interférer sur la capacité de travail résiduelle de la recourante, notamment sur les plans somatique et gynécologique, et qu'il rende une nouvelle décision. »

C. A la suite de l'arrêt du 23 février 2012, l'OAI a repris l'instruction du cas de l'assurée.

Dans son rapport du 9 mai 2012 à l'OAI, le Dr V. _____, gynécologue traitant, a relevé ce qui suit :

« Mme H. _____ a un lourd passé chirurgico-gynéco-obstétrical comme en témoignent les éléments suivants :
Patiente opérée d'une péritonite dans son pays d'origine.
En 1997, césarienne médiane (reprise de la cicatrice de laparotomie pour péritonite) avec abcès de paroi, nécessitant une reprise chirurgicale.
En janvier 2000, mort in-utéro à 24 semaines d'aménorrhée.
En février 2001, laparotomie en urgence pour rupture utérine à 38 semaines 3/7^{ème} avec mort périnatale du bébé.
En octobre 2001, accouchement prématuré à l'hôpital S. _____ d'un garçon de 1030 grammes.
Cet accouchement est suivi de complications hémorragiques nécessitant une hystérectomie sub-totale post-partale immédiate pour hémorragie massive.
En 2008, laparotomie exploratrice avec mise en place d'un filet associée à une annexectomie gauche.
Depuis lors, plaintes abdominales sous forme de douleurs pelviennes fluctuantes s'expliquant probablement par les nombreux antécédents mentionnés ci-dessus ainsi que par un état dépressif réactionnel légitime chez cette patiente au lourd passé médico-chirurgical. »

Le 25 mai 2012, la Dresse N. _____ a attesté que l'assurée poursuivait ses séances psychothérapeutiques de manière régulière, les diagnostics posés étant identiques à ceux retenus dans le rapport du 30 mars 2009 (anxiété généralisée [F41.1] et trouble de l'adaptation [F43.2]).

L'OAI a ensuite invité le Dr Y. _____, médecin praticien, à lui adresser un rapport. Donnant suite à cette demande le 3 octobre 2012, ce médecin a coché toutes les limitations du formulaire de détermination des limitations fonctionnelles, indiquant que les capacités de compréhension, d'adaptation et de résistance étaient limitées, ces indications étant

valables depuis 2001. Il a en outre indiqué une incapacité de travail de 100% à compter de 2011.

Par avis médical du 21 mars 2013, le Dr W. _____ du SMR a estimé qu'il persistait une capacité de travail entière dans une activité adaptée, les limitations fonctionnelles (alternance des positions, port de charges de moins de 10 kilos, pas de travaux en porte à faux du tronc) étant liées aux cervico-dorso-lombalgies chroniques sur troubles de la statique rachidienne et couvrant également la fragilité de la paroi abdominale occasionnée par les multiples interventions.

A la requête de l'OAI, le Dr Y. _____ lui a fait savoir le 7 mai 2013 qu'il n'avait plus de nouvelles de la patiente, qui avait changé de médecin, depuis le 2 novembre 2011.

L'OAI s'est alors adressé au nouveau médecin traitant de l'assurée, le Dr C. _____, spécialiste en médecine interne générale. Ce dernier a diagnostiqué dans son rapport du 20 août 2013 avec effet sur la capacité de travail une anxiété généralisée (F41.1) ainsi que des lombalgies chroniques sur troubles statiques existant depuis 1996. Sans effet sur la capacité de travail, il a retenu un status après deux césariennes, hystérectomie subtotale, annexectomie bilatérale, cure d'éventration (avec mise en place d'un « filet »), ainsi qu'un status après traitement « anti-tbc. [anti-tuberculose] post exposition ». Précisant qu'il suivait l'assurée depuis novembre 2011, le Dr C. _____ a relevé qu'elle ne parlait pas le français et semblait opposée à l'idée d'une prise en charge auprès d'un psychiatre. Selon lui, un travail en position assise, sans charge lourde, serait théoriquement possible, à temps partiel, en tout cas sur le plan physique. Au plan psychique, les ressources semblaient toutefois insuffisantes.

Par avis médical du 17 septembre 2013, le Dr W. _____ du SMR a estimé que le rapport du Dr C. _____ ne contenait pas d'élément de nature à convaincre d'une aggravation de l'état de l'assurée depuis

l'expertise de la Dresse G._____, maintenant l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Par projet de décision du 26 septembre 2013, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il entendait lui refuser le droit à la rente.

Par le biais de son conseil, l'assurée a indiqué à l'OAI le 28 octobre 2013 que le Dr V._____ ne s'était pas déterminé sur les limitations fonctionnelles et la capacité de travail, et qu'il convenait dès lors de l'interpeller sur ces deux questions. Elle a également exposé que le rapport du Dr C._____ comprenait bon nombre d'inexactitudes, notamment dans l'anamnèse. Elle a ajouté que des investigations avaient été menées par la Dresse T._____, gastroentérologue, et qu'il convenait en outre d'interpeller le Dr R._____. A son envoi étaient jointes les pièces suivantes :

- un certificat médical du 18 octobre 2013 de la Dresse N._____, selon lequel les nouveaux éléments influençant l'état de la patiente étaient le fait que son fils cadet ait dû intégrer une école spécialisée et la continuation des douleurs. Les diagnostics étaient ceux d'épisode dépressif moyen à sévère (F32.2) sans symptômes psychotiques, d'anxiété généralisée (F41.1) et de troubles de l'adaptation (F43.2), le pronostic restant réservé vu le peu d'évolution de la santé psychique durant ces années,
- un rapport du 18 septembre 2013 de la Dresse T._____, qui a notamment retenu ce qui suit :

« (...)

Motif de consultation : Douleurs abdominales périombilicales d'évolution chronique

Diagnostics et antécédents :

- Médicaux :

Ancienne tuberculose disséminée associée à des calcifications multiples au niveau pulmonaire, médiastinal et du hile hépatique et splénique

Traitement antituberculeux post-exposition (tuberculose chez la grand-mère de la patiente) en 2008

Syndrome de stress post-traumatique lié au vécu de la guerre en [...]

- Chirurgicaux et Gynéco-obstétricaux :

Status post annexectomie bilatérale et ovariectomie gauche le 27 février 2008

Cure d'éventration sous-ombilicale par mise en place d'un filet rétro-musculaire le 27 février 2008

Status post hystérectomie partielle en 2001

Status post-appendicectomie en 1994

Status post trois césariennes en 1997 et 2001

Trois épisodes de rupture utérine ayant abouti à deux morts in utero et à la naissance d'un autre enfant handicapé. Un enfant en bonne santé. Dernier contrôle gynécologique il y a un an dans les normes.

Anamnèse familiale de MICI [maladie inflammatoire chronique de l'intestin] ou cancer colo-rectal : Négative

Médicaments en cours : Aucun. Dafalgan occasionnel sans effet sur les douleurs présentées

Allergie : Non connue

Habitus : Mariée, un enfant en bonne santé. Un enfant handicapé. Absence de consommation alcoolo-tabagique. A travaillé en tant [...]. Arrêt de son travail depuis 2007. A vécu la guerre et les massacres de [...] en [...]. Patiente vue en consultation avec un interprète de la famille.

[...]

Status clinique :

Poids stable : 60 kg. Taille : 170cm.

L'examen abdominal met en évidence un abdomen remanié, cicatriciel, souple, sans masse palpable. Il n'y a pas d'hépatosplénomégalie. Il n'y a pas de signe d'hypertension portale ni d'insuffisance hépato-cellulaire. Il n'y a pas d'ictère. Il n'y a pas de prurit. L'auscultation abdominale est normale. Les bruits hydro-aériques sont peu nombreux. L'auscultation cardio-pulmonaire est dans les normes. Il n'y a pas d'adénopathie périphérique. L'examen de la langue est normal. Il n'y a pas de manifestation extradigestive de type articulaire, oculaire ou cutanée. Il n'y a pas d'argument pour une fièvre méditerranéenne familiale ni une hémoglobinurie.

[...]

Discussion et propositions :

Il s'agit de la prise en charge de douleurs abdominales péri-ombilicales latentes et chroniques chez une patiente âgée de [...] ans présentant une constipation chronique et un status cicatriciel abdominal. Il est à noter toutefois une ancienne tuberculose disséminée compliquée de multiples calcifications.

Au vu de la situation psychologique de la patiente et de l'absence d'altération de l'état général, ma première impression va vers des troubles somatoformes associés à un status adhérentiel.

Toutefois, en raison de la chronicité des symptômes, il me semble utile d'éliminer un processus lésionnel muqueux colique ou duodéal en lien avec ces douleurs. De ce fait, j'ai prévu ce jour la réalisation d'une coloscopie et d'une gastroscopie diagnostiques. J'ai expliqué ce jour à la patiente en présence de son interprète les objectifs, modalités et limites de ces examens. En cas de non-contribution de ces derniers, je prévois la réalisation d'une IRM abdominale afin d'authentifier le status adhérentiel de la patiente. Enfin, je compléterai ces investigations par la réalisation d'un bilan de laboratoire à la recherche de causes secondaires de constipation et en vue d'éliminer une tuberculose intestinale active. »,

- un rapport de la Dresse T._____ faisant suite à une endoscopie oeso-gastro-duodénale du 4 octobre 2013 et concluant à la présence d'une gastropathie nodulaire fundique, le reste de l'examen étant dans les normes, ainsi qu'un rapport de cette médecin faisant suite à une colonoscopie du 7 octobre 2013, concluant que la coloscopie totale était normale dans les limites d'une préparation de qualité moyenne.

Par lettre du 20 novembre 2013 à l'OAI, le Dr V._____ a expliqué qu'à ses yeux, la patiente était incapable de travailler. Il a relevé qu'elle souffrait quotidiennement de douleurs abdominales et dorsales et que les épreuves qu'elle avait traversées l'obligeaient à suivre une thérapie psychologique auprès d'I.A._____.

Sur demande de l'OAI, le Dr V. _____ lui a fait savoir le 13 décembre 2013 que la capacité de travail de sa patiente dans son activité habituelle était de 0% depuis 2008 et qu'il n'y avait pas de travail possible au vu de son état. Il a coché « non » sur la liste de toutes les activités demeurant exigibles.

Dans son rapport à l'OAI du 11 février 2014, le Dr Z. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a indiqué avoir traité l'assurée du 10 décembre 2013 au 31 janvier 2014. Au sujet de la capacité de travail, il a indiqué que l'intéressée ne travaillait pas. Elle devait éviter les activités nécessitant de se pencher, soulever/porter, ainsi qu'en rotation et en position assise/debout.

Par avis médical du 6 mars 2014, le Dr W. _____ du SMR a notamment observé ce qui suit :

« En ce qui concerne les documents annexés :

1. Le résumé autobiographique de l'assurée n'est pas un document médical. Il ne contient pas d'élément objectif de nature à modifier notre position.
2. Le certificat de la Dresse N. _____ se fonde sur un suivi repris en octobre 2009, soit après l'expertise de la Dresse G. _____ dont le caractère probant a été reconnu par le Tribunal. Je remarque aussi que dans son écrit du 16.10.2009, Me Mérinat a certes contesté l'expertise de la Dresse G. _____, mais n'a pas fait mention d'un suivi par la Dresse N. _____. En mai 2012, la Dresse N. _____ retenait les diagnostics d'anxiété généralisée et de trouble de l'adaptation. Il n'était pas question d'épisode dépressif moyen à sévère. Nous devons donc considérer que si ce dernier diagnostic est avéré, il est intervenu après mai 2012, donc après la décision contestée. Le cas échéant, cette supposée aggravation devrait faire l'objet d'une nouvelle demande, et être traitée séparément.
3. Le rapport de la Dresse T. _____, gastro-entérologue, va dans le sens d'une gastrite à *Helicobacter pylori*. Il s'agit d'une atteinte infectieuse que l'on traite et guérit par une cure d'antibiotiques de 7 jours. Elle ne peut pas être à l'origine d'une incapacité de travail durable.
4. La photo de l'abdomen de l'assurée n'apporte rien au plan médical.

Au vu de ce qui précède, je réponds comme suit à vos questions :

- Pouvons-nous admettre qu'il y a des éléments pouvant modifier notre prise de position ? En l'état du dossier, non.

- Si oui, quelle est finalement la CT [capacité de travail] de l'assurée dans toute AA [activité adaptée] ? Sans objet.
- LF [limitations fonctionnelles] ? inchangées sous réserve d'une réponse circonstanciée du Dr V._____. »

Dans son avis médical du 29 septembre 2014, le Dr P._____
du SMR a relevé ce qui suit :

« **Audition**

Assurée de [...] ans, sans formation professionnelle, a travaillé au conditionnement dans une fabrique de [...] de 2000 à 2007.

La demande de prestation date de 2008, a été déposée pour des atteintes psychiques et somatiques (rachialgies sur troubles statiques évoquant un syndrome douloureux chronique et status après plusieurs interventions digestives : 2 césariennes, hystérectomie sub-totale, annexectomie bilatérale, cure d'éventration avec mise en place d'un filet).

Le rapport d'examen SMR du 07.08.2009 ne retenait aucune atteinte incapacitante sur la base d'une expertise psychiatrique conduite par la Dresse G._____, psychiatre, le 17.07.2009. Diagnostics complémentaires non-incapacitants : trouble douloureux somatoforme persistant, majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, status après opérations abdominales gynécologiques. Des limitations fonctionnelles d'épargne rachidienne sont retenues.

La décision OAI du 23.02.2010 de refus de rente est contestée par l'assurée en raison d'une instruction insuffisante au plan somatique (acte de recours du 31.05.2010).

Le jugement de la CASSO [Cour des assurances sociales] du 23.02.2012 reconnaît le bien-fondé du recours de l'assurée, annule la décision OAI et demande un complément d'instruction au plan somatique par l'interrogation des médecins intervenants, Dr Y._____, généraliste, et V._____, gynécologue.

Le volet ostéoarticulaire est traité dans le rapport médical du Dr C._____, généraliste, (remplaçant du Dr Y._____) du 20.08.2013 qui retient des lombalgies chroniques sans influence sur la capacité de travail.

Les séquelles fonctionnelles des multiples interventions abdominales sont appréciées différemment par le Dr C._____, qui les estime non incapacitantes, et par le Dr V._____ qui, dans son rapport du 13.12.2013, retient une CT [capacité de travail] de 0%. Ce rapport est très succinct et ne détaille pas les éléments anamnestiques, le status clinique et les limitations fonctionnelles à la base de cette appréciation très restrictive.

Dans ce contexte, nous apprécierons un deuxième avis et nous demandons une

expertise gynécologique

à confier à un médecin cadre du Service de Gynécologie-Obstétrique du M._____ (accord obtenu contact téléphonique avec la Dresse J._____). »

Le 2 octobre 2014, l'OAI a averti l'assurée qu'une expertise médicale gynécologique était nécessaire. L'intéressée a alors été examinée le 18 novembre 2014 par le Dr I._____, spécialiste en gynécologie et obstétrique, en présence d'une interprète. Dans son rapport du 1^{er} décembre 2014, le Dr I._____ a notamment fait les

constats suivants, après avoir rappelé l'anamnèse de la patiente et décrit ses plaintes :

« En conclusion, Mme H. _____ présente un lourd passé gynéco-obstétrical avec quatre grossesses dont seule la première a pu être menée à terme avec un enfant en bonne santé, mais a fini par un accouchement par césarienne. Les grossesses suivantes ont toutes été compliquées, la première par une mort in-utéro à 20 semaines de grossesse qui a nécessité une provocation avec naissance par voie basse d'un enfant mort-né suivi d'un curetage évacuateur. La deuxième a été compliquée par une rupture utérine proche du terme avec décès de l'enfant à 3 jours de vie et finalement la naissance prématurée par voie basse d'un enfant qui a présenté une hémorragie cérébrale et qui en présente aujourd'hui les séquelles. Ce dernier accouchement s'est compliqué d'une nouvelle rupture utérine avec hémorragie nécessitant une hystérectomie subtotale.

Du point de vue chirurgical elle a subi une laparotomie médiane pour une appendicite compliquée d'une péritonite avec probablement l'ablation de l'ovaire droit lors de l'intervention, trois laparotomies médianes (dont une compliquée d'un abcès de paroi) pour deux césariennes et une hystérectomie d'hémostase, et finalement une laparotomie pour salpingectomie droite et annexectomie gauche et réfection de la paroi abdominale par un filet, intervention au cours de laquelle le chirurgien note peu d'adhérences intra-abdominales.

Diagnostiques gynécologiques :

- Patiente 4-geste, 4-pare, avec deux enfants vivants
- Status après 2 césariennes par laparotomie médiane sous-ombilicale
- Status après hystérectomie subtotale d'hémostase par laparotomie médiane sous-ombilicale
- Status après probable ovariectomie droite en 1993 lors d'une laparotomie médiane sous ombilicale pour appendicite et péritonite
- Status après salpingectomie droite et annexectomie gauche et réfection de la paroi abdominale par filet synthétique en 2008
- Ménopause précoce chirurgicale substituée
- Incontinence urinaire mixte anamnestique

Malgré toutes les séquelles psychologiques voire psychiatriques que ces événements, ainsi que ceux, vécus en [...], ont pu laisser chez cette patiente et sur lesquelles il ne m'appartient pas de me prononcer, il m'apparaît que d'un point de vue strictement gynécologique, il n'y a pas de limitation à un travail à 100% avec les aménagements déjà prévus, à savoir une alternance des positions, un port de charge inférieur à 10kg et absence de travaux en porte-à-faux du tronc. Du point de vue gynécologique, la capacité de travail est complète depuis la réfection de la paroi abdominale, en 2008. »

L'expert a joint à son rapport une liasse de rapports médicaux rassemblés pour les besoins de l'expertise, dont un rapport du 28 février 2001 des Dresses Q. _____ et X. _____, spécialistes en gynécologie et obstétrique, au Dr V. _____.

Dans son avis médical du 23 décembre 2014, le Dr P. _____ du SMR a estimé qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions du rapport du Dr I. _____.

Dans son courrier à l'OAI du 29 janvier 2015, l'assurée, par son avocate, a contesté l'expertise du Dr I. _____, estimant qu'il convenait de désigner un nouvel expert.

Par avis médical du 17 février 2015, le Dr P. _____ du SMR a confirmé adhérer aux conclusions du Dr I. _____.

Par décision du 24 février 2015 et courrier du même jour en faisant partie intégrante, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il lui refusait le droit à la rente, confirmant son projet du 26 septembre 2013.

C. Par acte du 26 mars 2015, H. _____, représentée par l'avocate Valérie Mérimat, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière. En substance, elle fait valoir que l'intimé a procédé à une évaluation incomplète et incorrecte de sa situation médicale, estimant en premier lieu que le rapport du Dr C. _____ comporte des erreurs, relevant qu'elle n'a subi qu'une seule césarienne, a fait une fausse-couche, qu'un de ses enfants est décédé quelques jours après la naissance, déplorant pour le surplus que le Dr C. _____ ne mentionne pas dans son rapport à l'OAI les investigations menées par la Dresse T. _____ et leur résultat, pas plus que ses problèmes au niveau de la colonne vertébrale, pour lesquels elle a été suivie par le Dr R. _____ puis le Dr Z. _____. Elle relève en outre que le Dr Y. _____, qui a précédé le Dr C. _____, portait un tout autre regard sur sa situation, et notamment sur sa capacité de travail. A ses yeux, l'intimé ne pouvait se contenter d'évaluer sa situation au plan somatique sur la base du rapport du Dr C. _____, mais aurait dû mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire, vu les avis divergents de ses médecins traitants. Au plan gynécologique, elle reproche à l'intimé de s'être fondé

sur le rapport du Dr I._____, et d'avoir écarté totalement les avis de son gynécologue traitant, le Dr V._____, et ce alors que le SMR suggérait que le Dr V._____ soit réinterpellé sur sa capacité de travail et ses limitations. Elle relève en outre qu'à lecture du rapport du Dr I._____, celui-ci n'aurait pas été en possession des documents du Dr V._____. Pour elle, l'expert ne pouvait dès lors être valablement renseigné sur son état de santé. En outre, les conclusions du Dr I._____ sont opposées à celles du Dr V._____, notamment quant aux conséquences de la laparotomie exploratrice subie en 2008, le Dr V._____ relevant dans son rapport du 9 mai 2012 que depuis lors, la patiente présentait des plaintes abdominales sous forme de douleurs pelviennes fluctuantes, élément qui ne ressortait pas de l'expertise du Dr I._____. A titre de mesures d'instruction, la recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire aux plans somatiques et gynécologiques.

Dans sa réponse du 3 juin 2015, l'OAI propose le rejet du recours.

Le 22 juin 2015, la recourante a renouvelé sa requête d'expertise judiciaire.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (ci-après : AI), sous réserve des dérogations expresses prévues par la LAI (cf. art. 1 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 (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre 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 (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises 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 le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

3. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 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.

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivante : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité : un taux de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un taux de 60% au moins donne droit à trois quarts de rente et un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base 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 51 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1).

En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 , TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

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. 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, 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, 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants se trouvent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique ; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2, 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Toutefois, s'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci, elle ne justifie cependant pas en elle-même l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Il faut en effet effectuer une appréciation globale de la valeur probante du rapport du médecin traitant au regard des autres pièces médicales (TF 9C_12/2012 du 20 juillet 2012 consid. 7.1 et les références citées).

4. En l'espèce, la recourante ne remet pas en cause l'appréciation de son état au plan psychiatrique, le dossier ayant au demeurant été considéré comme étant complet sous cet angle dans le cadre de l'arrêt de renvoi de la Cour des assurances sociales du 23 février 2012. Elle estime par contre que la situation au plan somatique n'a pas

été valablement instruite à la suite de l'arrêt précité, reprochant à l'OAI de ne s'être fondé que sur le rapport du Dr C._____ du 20 août 2013, qu'elle estime incomplet et incorrect. Elle soutient en outre que l'expertise du Dr I._____, dont l'appréciation diverge de celle du Dr V._____, qui la suit depuis des années, ne serait pas propre à définir sa capacité de travail au plan gynécologique.

a) Sur le plan somatique, à la suite de l'arrêt de renvoi de la Cour de céans du 23 février 2012, l'OAI a interpellé le Dr Y._____, qui lui a indiqué le 3 octobre 2012 qu'il estimait qu'aucune activité n'était plus exigible depuis 2001, compte tenu de limitations dans toutes les activités et de capacités de compréhension, d'adaptation et de résistance limitées, indiquant par ailleurs une incapacité de travail totale dans la dernière activité à 100% depuis 2011. Le Dr Y._____ a toutefois fait savoir à l'intimé que sa patiente avait changé de médecin et qu'il était sans nouvelles d'elle depuis le 2 novembre 2011 (cf. rapport du 7 mai 2013). Son rapport du 3 octobre 2012 n'est quoi qu'il en soit pas suffisamment étayé pour qu'une capacité de travail inexistante puisse être retenue. Ce médecin n'a au surplus pas indiqué les diagnostics, et ses observations quant aux limitations fonctionnelles ne sont pas non plus motivées. Il ne peut dès lors être fait grief à l'OAI d'avoir invité le nouveau médecin traitant de la recourante, le Dr C._____, à se déterminer sur la situation de sa patiente. S'agissant du rapport de ce médecin du 20 août 2013, que la recourante remet en cause, on relèvera que c'est à juste titre que le Dr C._____ fait état de deux césariennes, la première ayant eu lieu à l'occasion de la naissance du premier enfant de la recourante, et la seconde ayant été pratiquée en 2001, dans le cadre de la troisième grossesse de la recourante (cf. rapport du 28 février 2001 des Dresses Q._____ et X._____ au Dr V._____ et rapport d'expertise du 1^{er} décembre 2014 du Dr I._____), étant admis que l'enfant [...] est né le 5 octobre 2001 par voie basse, ainsi que cela ressort du rapport du Dr I._____. On ne peut en outre faire grief au Dr C._____ de ne pas avoir mentionné la fausse-couche survenue en 2000, ni le fait que la recourante a perdu un enfant en 2001 à trois jours de vie, l'anamnèse visant à établir l'évolution chronologique, la thérapie suivie à ce jour et les

symptômes actuels, éléments qui ressortent de son rapport. Au demeurant, les éléments précités ont été largement discutés par le Dr I._____. (cf. let. b infra). Certes le Dr C._____ n'a pas mentionné dans son rapport du 20 août 2013 les investigations menées par la Dresse T._____. Toutefois celles-ci sont postérieures au rapport du médecin traitant du 20 août 2013, ce qui explique qu'elles n'aient pu y être indiquées. A cet égard, on relève que la Dresse T._____ a constaté que l'état général de la patiente n'était pas altéré. L'examen abdominal mettait en évidence un abdomen remanié, cicatriciel, souple, sans masse palpable. Il n'y avait pas d'hépatosplénomégalie ni de signe d'hypertension portale ni d'insuffisance hépato-cellulaire. Il n'y avait pas d'ictère ni de prurit. L'auscultation abdominale était normale, les bruits hydro-aériques peu nombreux. L'auscultation cardio-pulmonaire était dans les normes. Il n'y avait pas d'adénopathie périphérique. L'examen de la langue était normal. Il n'y avait pas de manifestation extradiigestive de type articulaire, oculaire ou cutanée ni d'argument pour une fièvre méditerranéenne familiale ni une hémoglobinurie (cf. rapport du 18 septembre 2013). La colonoscopie s'est révélée normale et l'endoscopie oeso-gastro-duodénale était dans les normes, sous réserve d'une gastropathie nodulaire fundique (cf. rapports des 4 et 7 octobre 2013). Or il ne s'agit là que d'une gastrite à *helicobacter pylori*, atteinte infectieuse qui peut être traitée et guérie par une cure d'antibiotiques de 7 jours et ne peut être à l'origine d'une incapacité de travail durable (cf. avis du SMR du 6 mars 2014).

La recourante fait en outre grief au Dr C._____ de ne pas avoir mentionné son atteinte au niveau de la colonne vertébrale. Or ce médecin a pourtant bien diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail des lombalgies chroniques sur troubles statiques. L'intimé a en outre demandé un rapport au Dr Z._____ qui a donc bien été invité à se prononcer, quoi que semble en penser la recourante. Or ce médecin a indiqué que seules les activités nécessitant de se pencher, soulever/porter et en rotation position assise/debout devaient être évitées (cf. rapport du 11 février 2014). Le Dr Z._____ rejoint ainsi l'appréciation du Dr C._____, pour qui un travail sans port de charge lourde et en position

assise serait possible, de même que celle du Dr W._____, qui a relevé dans son avis du 21 mars 2013 que les limitations fonctionnelles nécessitaient de privilégier les activités permettant l'alternance des positions et ne nécessitant ni le port de charges de plus de 10 kg ni les travaux en porte-à-faux du tronc. Le Dr R._____ a lui aussi estimé que la capacité de travail était conservée dans une activité permettant une épargne du rachis (cf. rapport du 7 octobre 2008). Comme on l'a vu, le fait que le Dr Y._____, dont l'avis est isolé, estime que sa patiente ne peut pas travailler, appréciation au demeurant non motivée, ne permet pas de remettre en cause les autres avis, concordants, selon lesquels la recourante ne présente pas d'incapacité de travail au plan somatique dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

b) Sur le plan gynécologique, ainsi que le relève le Dr I._____, comme le Dr V._____ (cf. rapport du 9 mai 2012), le passé de la recourante est lourd. Elle n'a en effet pu mener à terme qu'une seule grossesse avec un enfant en bonne santé, ses trois autres grossesses ayant toutes été compliquées.

Sur ce plan, la recourante reproche à l'OAI d'avoir ignoré les contradictions résultant des rapports des Drs V._____ et I._____, pour préférer l'appréciation de ce dernier à celle du Dr V._____, qui la suit depuis 1997.

Les diagnostics retenus par le Dr I._____ sont pourtant les mêmes que ceux listés par le Dr V._____ dans son rapport du 9 mai 2012. Au demeurant, la recourante a signalé au Dr I._____ dans le cadre de l'expertise présenter des douleurs abdominales diffuses en particulier dans la région pelvienne, douleurs décrites par le Dr I._____ comme « mal systématisées ». Or c'est précisément ce que relève le Dr V._____ le 9 mai 2012, lorsqu'il indique que la patiente a depuis 2008 des plaintes abdominales sous forme de douleurs pelviennes fluctuantes. Certes le 20 novembre 2013, le Dr V._____ retient une capacité de travail nulle, avec des douleurs quotidiennes abdominales et dorsales, mentionnant dans ce contexte les épreuves traversées par la patiente. Sur demande de

l'OAI, le Dr V._____ a derechef indiqué le 13 décembre 2013 que la capacité de travail était nulle, et ce depuis 2008, cochant « non » sur la liste de toutes les activités demeurant exigibles. Toutefois, ainsi que l'a observé le Dr P._____ du SMR le 29 septembre 2014, le rapport du 13 décembre 2013 du Dr V._____ est très succinct, et ne détaille pas les éléments anamnestiques, le status clinique et les limitations fonctionnelles à la base de son appréciation. C'est faute d'éléments qu'une expertise a été confiée au Dr I._____, l'OAI n'ayant pu obtenir du gynécologue traitant des informations étayées. Cela étant, le Dr I._____ a procédé à un examen de la recourante, en présence d'une interprète. Il a dans son rapport fourni des explications claires et étayées, après avoir détaillé l'anamnèse de la recourante, fait état de ses plaintes et décrit le contexte médical. Son expertise remplit dès lors les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître pleine valeur probante. On relèvera que dans la mesure où les constats faits par le Dr I._____ sont, sous l'angle diagnostic et à l'examen, superposables à ceux du Dr V._____, on peut considérer qu'il n'y a pas lieu de faire grief à l'expert de ne pas s'être entretenu avec le gynécologue traitant. Le Dr I._____ a pour sa part expliqué qu'au vu des atteintes au plan strictement gynécologique, il n'y avait pas de limitation à un travail à 100%, depuis 2008, moyennant que la recourante puisse alterner les positions, avoir un port de charges de moins de 10 kg et une absence de travaux en porte-à-faux du tronc.

En se fondant sur l'expertise du Dr I._____, et en reconnaissant dès lors que la recourante est en mesure de travailler à 100% depuis 2008, l'OAI n'a ainsi pas violé le droit.

c) Il s'ensuit qu'il n'y a pas lieu de procéder à un complément d'instruction en mettant en œuvre une expertise pluridisciplinaire, le dossier étant suffisamment complet pour permettre à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, 130 II 425 consid. 2.1 ; TF 8C_361/2009 du 3 mars 2010, consid. 3.2 et les références citées).

5. En définitive, le recours se révèle mal fondé et doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; 61 let. g LPGA).

**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 24 février 2015 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 mis à la charge de la recourante.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Valérie Mérimat (pour la recourante),
- 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 :