

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 2 décembre 2015

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
Mme Thalmann, juge, et M. Monod, assesseur  
Greffière : Mme Monney

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**N.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Marie Agier, avocat  
à Lausanne,

et

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

---

**Art. 8 et 17 LPGA ; 4 et 28 al. 2 LAI ; 87 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** N. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de coiffeuse.

**B.** En date du 7 mars 2000, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : l'AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de [...] tendant à l'octroi de mesures d'orientation professionnelle ou de reclassement dans une nouvelle profession. À l'appui de cette demande, l'assurée invoquait une périarthrite des épaules, des allergies et des irritations des mains, des douleurs persistantes du genou gauche dues à un accident et des kystes aux deux poignets avec douleurs persistantes.

Dans un rapport médical du 24 juillet 2000 adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de [...], le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a diagnostiqué une toxicomanie multiple, une personnalité borderline, des douleurs du genou gauche d'origine indéterminée, de l'eczéma des mains, une périarthrite scapulo-humérale bilatérale et des kystes synoviaux des poignets. Ce médecin a incité l'OAI à mettre en place des mesures professionnelles pour sa patiente.

L'OAI a mandaté le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, afin de réaliser une expertise. Dans son rapport d'expertise du 23 octobre 2000, ce médecin a posé les diagnostics de personnalité borderline, dépendante de substances toxiques (à cette époque des amphétamines et de l'alcool), de périarthrite scapulo-humérale bilatérale, de kystes synoviaux des poignets et d'eczéma des mains. Il a également indiqué que l'état dépressif actuel de l'assurée était réactionnel à la prise d'amphétamines et qu'il était clair que si elle arrêtaient d'en consommer, son moral allait s'améliorer et qu'elle pourrait travailler.

Par décision du 21 décembre 2000, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de [...] a rejeté la demande de prestations de

l'assurée, au motif que la toxicomanie de cette dernière aurait pour effet qu'un reclassement professionnel aboutirait inévitablement à un échec.

**C.** Le 24 avril 2002, l'assurée a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), tendant à l'octroi de mesures d'orientation professionnelle, de reclassement dans une nouvelle profession ou de rente. À l'appui de cette demande, elle invoquait souffrir de dépression depuis l'âge de quinze ans environ et de fortes angoisses depuis son plus jeune âge. Elle ajoutait avoir fait une tentative de suicide à dix-huit ans et avoir été suivie par un centre médico-pédagogique jusqu'à sa majorité. Elle mentionnait aussi des problèmes de dépression, d'angoisses et de TOC [troubles obsessionnels compulsifs].

Dans leur rapport médical du 21 janvier 2002 adressé à la Dresse I. \_\_\_\_\_ suite au séjour de l'assurée à l'Hôpital psychiatrique de [...], les Drs B. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_, tous deux spécialistes en psychiatrie et psychothérapie, ont posé le diagnostic principal de phobies sociales (F40.1) et les diagnostics secondaires d'agoraphobie (F40.0), de trouble obsessionnel compulsif avec comportements compulsifs (rituels obsessionnels) au premier plan, d'épisode dépressif moyen (F32.1) et de troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psycho-actives, et de syndrome de dépendance, actuellement abstinent, mais dans un environnement protégé (F19.21). Les médecins précités mentionnaient globalement une évolution favorable à la sortie de l'hôpital, tant sur le plan de l'anxiété que sur celui des TOC et des symptômes dépressifs.

Dans son rapport médical du 12 septembre 2002 adressé à l'OAI, le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de troubles dépressifs récurrents (F 43.8), de troubles obsessionnels compulsifs (F42.1), d'anxiété généralisée (F41.1), de troubles de panique (F41.0) et de syndrome de dépendance à l'héroïne avec polytoxicomanie sous cure de méthadone (F1X.22). Ce médecin estimait notamment que l'état de

santé de sa patiente était stationnaire et que la capacité de travail de cette dernière pouvait être améliorée par des mesures médicales. Il considérait que l'activité de coiffeuse était encore exigible à condition que le renforcement du traitement psychotrope et l'ajustement de la méthadone permettent de stabiliser les troubles psychiatriques, notamment les troubles anxieux.

Dans leur rapport médical du 16 janvier 2003 adressé au Dr H.\_\_\_\_\_, les Drs X.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et D.\_\_\_\_\_, médecin assistant, tous deux auprès du Z.\_\_\_\_\_, ont diagnostiqué un trouble panique avec agoraphobie, un état de stress post-traumatique, une phobie sociale généralisée, une dépendance aux opiacés actuellement substituée par méthadone et un syndrome de dépendance au cannabis.

Par décision du 15 juillet 2003, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, au motif que l'incapacité de gain de cette dernière était due avant tout à sa toxico-dépendance et qu'il ne s'agissait pas d'une invalidité au sens de la loi. L'autorité précisait que l'intéressée ne présentait pas d'autres atteintes physiques ou mentales de nature à justifier une diminution de sa capacité de gain.

L'assurée a fait opposition à cette décision le 13 août 2003, concluant implicitement à l'annulation de celle-ci et requérant la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Dans son rapport médical du 30 juillet 2004 adressé à l'OAI, le Dr H.\_\_\_\_\_ a évoqué des changements dans les diagnostics de sa patiente. Il a mentionné des troubles de panique avec agoraphobie, une phobie sociale généralisée, un syndrome de dépendance au cannabis et un état de stress post-traumatique, ces diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail. Ce médecin précisait que les problèmes psychiatriques avaient débuté « au début de l'adolescence et vers seize ans » dans un contexte de séparation parentale. Il ajoutait qu'il était

impossible pour N.\_\_\_\_\_ d'exercer une activité professionnelle en raison du stress qui déclenchait les crises anxieuses et les attaques de panique.

L'OAI a par la suite mandaté le Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ci-après : le COMAI) afin de réaliser une expertise. Dans leur rapport d'expertise du 23 septembre 2005, les Drs Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et P.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale et rhumatologie, tous deux médecins auprès du COMAI, ont posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de personnalité émotionnellement labile type borderline (F60.31) présente depuis l'adolescence, de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4) et présent depuis l'adolescence, et d'hépatite C. Quant aux diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, les médecins ont mentionné ceci :

- « - Dysthymie F34.1 présente depuis l'adolescence
- Syndrome de dépendance aux opiacés, suit actuellement un régime de substitution sous surveillance médicale F11.22
- Syndrome de dépendance aux opiacés, utilisation ponctuelle
- Syndrome de dépendance avec utilisation de sédatif F13.24
- Surcharge pondérale
- Status après entorse du genou gauche, arthroscopie en 1988 et 2000 avec refixation du LLI
- Status après opération d'un kyste du poignet gauche et d'un kyste du poignet droit (1994 et 1998 environ)
- Status après tendinopathie de la coiffe des rotateurs
- Status après pyélonéphrite en 2000. »

Les médecins du COMAI ont considéré que c'était avant tout la toxicomanie et la personnalité de l'assurée qui avaient interféré avec l'activité professionnelle de cette dernière, plus que les affections somatiques. En outre, les experts ont relevé, dans la partie « Discussion » de l'expertise, les éléments suivants :

« Sur le plan psychique, l'anamnèse de Mlle N.\_\_\_\_\_ met en évidence des carences affectives et éducationnelles majeures associées à une violence paternelle. A de nombreuses reprises, l'expertisée et sa fratrie ont été témoins de violences conjugales et ont subi eux-mêmes la violence paternelle. Lorsque l'expertisée est

âgée de 16 ans, après une énième scène de violence où le père tente d'étrangler son épouse, la famille se mobilise contre ce père et ce dernier quitte le domicile conjugal. Dès lors, livrée à elle-même, Mademoiselle N.\_\_\_\_\_ sort, fait la connaissance d'un milieu peu recommandable, consomme de l'alcool, puis dès l'âge de 18 ans du haschisch, vraisemblablement dans un but d'automédication. Parallèlement, elle pratique des automutilations et retourne son agressivité contre elle-même. A l'âge de 18 ans, elle subit un viol, mais se fera insulter par sa mère lorsqu'elle évoque cet abus. Néanmoins, Mademoiselle N.\_\_\_\_\_ peut effectuer un double CFC de coiffure qu'elle termine à l'âge de 20 ans et demi. Par la suite, elle quitte le domicile familial pour vivre seule, maintenant des relations avec le milieu toxicomane. C'est dans ce cadre qu'elle noue une relation affective avec un jeune homme lui-même toxico-dépendant à l'héroïne, l'entraînant dans sa consommation. Dès l'âge de 23 ans, Mademoiselle N.\_\_\_\_\_ devient dépendante à l'héroïne ; elle consomme d'abord sous forme d'inhalation, puis en intraveineuse. Ses consommations interfèrent avec une activité professionnelle régulière tout comme la personnalité de l'expertisée et s'ensuit une désinsertion socioprofessionnelle importante.

En 2001, soit à l'âge de [...], Mademoiselle N.\_\_\_\_\_ est hospitalisée dans un 1er temps à [...], puis à [...] pendant 2 mois. Ensuite elle se rend en post-cure à [...], établissement pour personnes toxico dépendantes. Après 11 mois de séjour et une prise en charge psycho éducative, l'expertisée rechute rapidement dans sa prise d'héroïne. Dès juin 2002, elle est alors placée sous cure de Méthadone, perdurant à ce jour. L'expertisée signale des prises d'héroïne 2x par mois, injectée dans la veine fémorale, malgré les risques inhérents. En parallèle, Mademoiselle N.\_\_\_\_\_ est dépendante de benzodiazépine (Dormicum) motivant prochainement un sevrage à l'E.\_\_\_\_\_ à l'hôpital psychiatrique de [...].

Dès l'adolescence, on note des épisodes dépressifs récurrents sur un fond de dysthymie. A ce jour, ce trouble dépressif récurrent est en rémission sous traitement de Fluctine. En outre, l'expertisée a présenté des attaques de panique avec phobie sociale évoluant favorablement grâce aux techniques cognitivo-comportementalistes durant son séjour en 2001 à l'hôpital de [...] puis de [...]. Actuellement, les attaques de panique sont hebdomadaires, de courte durée et l'expertisée est mieux en mesure de les maîtriser. Quant à la phobie sociale décrite dans les rapports, elle n'était gère objectivée durant la présente expertise, Mademoiselle [...] se montrant à l'aise tant dans la salle d'attente avec d'autres personnes inconnues qu'avec les examinateurs.

Le problème majeur de l'expertisée réside essentiellement au niveau de sa personnalité émotionnellement labile, type borderline. Celle-ci entraîne des conflits relationnels, des crises émotionnelles intenses, une peur de l'abandon et une propension à l'agir. Cette personnalité s'est décompensée dès l'adolescence, ce trouble se répercutant dans la vie quotidienne et induisant un fonctionnement pathologique. Progressivement, cette personnalité s'est peu à peu compensée à nouveau et de ce fait, peut mieux fonctionner dans le quotidien.

A ce jour, la situation sur le plan psychique reste fragile, mais Mademoiselle N.\_\_\_\_\_ paraît avoir certaines ressources et compétences qui méritent d'être utilisées. De ce fait, une

réadaptation à 70% dans un premier temps devrait être envisagée. »

Les Drs Q.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ ajoutaient qu'il existait des limitations quantitatives en rapport avec l'hépatite C mais que les autres affections somatiques n'entraînaient pas de limitation significative. Sur le plan psychique et mental, il fallait selon eux compter sur des limitations quantitatives en relation avec la personnalité émotionnellement labile type borderline et le trouble dépressif récurrent. En réponse aux questions de l'OAI, les médecins mentionnaient notamment ce qui suit :

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

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

Ces troubles induisent des crises émotionnelles et relationnelles, une difficulté à gérer les conflits et le stress, une tendance au « tout ou rien », des passages à l'acte, une motivation diminuée et une tendance à la dévalorisation.

La fatigue accrue empêche de tenir un horaire à plein temps avec un rendement normal.

*2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail*

Sur les plans psychique et physique: la capacité résiduelle de travail est de 70%.

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

Sur les plans psychique et physique: l'activité exercée jusqu'à lors [sic] est encore exigible à raison de 6 ½ heures par jour.

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

Sur les plans psychique et physique: dans le cadre d'une activité de 70%, pas de diminution du rendement.

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

Sur le plan psychique: l'incapacité de travail est de 20% au moins depuis environ 1992

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

Le degré d'incapacité de travail est de 100% de mi-2001 à mi-2002. De mi-2002, incapacité de 30% maximum perdurant à ce jour.

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

La personnalité émotionnellement labile type borderline peut perturber l'adaptation à un environnement professionnel de par les difficultés à gérer les conflits et l'autorité.

### **C. Influences sur la réadaptation professionnelle**

#### **1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables?**

*Si oui prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants*

- la possibilité de s'habituer à un rythme de travail
- l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social
- la mobilisation des ressources existantes

Sur les plans psychique et physique oui, des mesures de réadaptation professionnelle sont envisageables pour autant qu'elles n'excèdent pas 70%.

Si non, pour quelles raisons ?

---

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

Oui

*2.1 Si oui par quelles mesures ? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)*

En poursuivant un traitement psychothérapeutique de soutien associé au traitement psychotrope introduit et en ajustant les doses de méthadone après contrôle du taux sérique de méthadone.

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

Sur le plan psychique : cette situation devrait être réévaluée dans les 2 ans à venir.

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

Sur les plans psychique et physique : 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?*

D'autres activités sont exigibles de la part de l'assurée.

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

Sur les plans psychique et physique: l'activité adaptée pourrait être exercée à raison d'environ 6 ½ heures par jour.

*3.3 Ya-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure?*

Sur les plans psychique et physique, pas de diminution du rendement, si l'activité est exercée 6 ½ heures par jour.

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

**Remarques et autres questions:**

**Questions complémentaires au niveau psychiatrique**

1 L'assurée présente-t-elle une atteinte à la santé psychique qui ait valeur d'invalidité?

Oui.

L'assurée présente une atteinte à la santé psychique ayant valeur de maladie de par le trouble dépressif récurrent, le trouble de la personnalité, à savoir une personnalité émotionnellement labile type borderline. A ce jour, ces pathologies conjointes interfèrent avec la capacité de travail.

2 La dépendance est-elle primaire ou secondaire à une affection psychiatrique elle-même invalidante?

La toxicodépendance est secondaire à la personnalité émotionnellement labile type borderline et au trouble dépressif récurrent. La consommation de ces drogues peut être considérée comme l'équivalent « d'une automédication ».

3 Quelles sont les limitations fonctionnelles au plan somatique et psychiatrique?

*Sur le plan psychique et mental:*

Limitations quantitatives en relation avec la personnalité émotionnellement labile type borderline et le trouble dépressif récurrent.

*Sur le plan social:*

Limitations qualitatives et quantitatives en lien avec le trouble de la personnalité.

4 De quand date l'aggravation de l'état de santé.

Sur le plan psychique:

L'état de santé paraît s'être amélioré depuis les séjours résidentiels à la [...] et la prise en charge psychiatrique, soit dès 2002. Il ne s'agit donc pas d'aggravation. »

Invitée par l'OAI à préciser certains points de son rapport d'expertise, la Dresse Q.\_\_\_\_\_ a notamment confirmé, dans un courrier du 22 février 2006 à l'autorité, que depuis 2002, la capacité de travail de N.\_\_\_\_\_ pouvait être « estimée à 70 % jusqu'à ce jour ». Elle précisait que cette capacité résiduelle de travail était essentiellement liée à la personnalité émotionnellement labile type borderline de l'assurée et au trouble dépressif récurrent.

Par décision sur opposition du 6 mars 2006, l'OAI a rejeté l'opposition de l'assurée. Se fondant sur le rapport d'expertise du COMAI, l'autorité a considéré que l'intéressée présentait bien une atteinte à la santé invalidante mais que celle-ci n'avait pas entraîné d'incapacité de travail de 40 % en moyenne durant une année au moins. Elle ajoutait que son taux d'invalidité s'élevait à 30 %, ce qui n'ouvrait pas de droit à la rente.

Par courrier du 3 avril 2006 adressé à l'OAI, l'assurée s'est opposée à la décision précitée, concluant implicitement à son annulation, au motif que les atteintes à sa santé psychique et mentale provenaient d'une infirmité congénitale. Cette opposition a été transmise au Tribunal des assurances du canton de Vaud en date du 4 mai 2006 pour valoir recours contre la décision sur opposition du 6 mars 2006.

Interpellé par le juge instructeur, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a établi un rapport médical en date du 10 août 2006 à l'attention du Tribunal. Il y posait les diagnostics de toxicodépendance (méthadone, benzodiazépine, cocaïne, cannabis et héroïne, ces trois derniers occasionnellement), d'état anxio-dépressif avec crises anxieuses et phobie sociale importante, d'hépatite C chronique, de gastrite et reflux gastro-œsophagien chronique et d'eczéma aux savons (« anamnestiquement »). Ce médecin estimait que l'état de santé de sa patiente ne s'était pas amélioré mais qu'une réadaptation professionnelle paraissait envisageable pour autant qu'une désintoxication et un suivi psychiatrique soient réalisés au préalable. Il considérait, en substance, que la poursuite d'une activité professionnelle dans sa dernière activité était impossible, en raison principalement de ses perturbations psychiques.

Dans un arrêt du 2 novembre 2006 en la cause AI 80/06 - 189/2006, le Tribunal des assurances du canton de Vaud a rejeté le recours de l'assurée et maintenu la décision du 6 mars 2006. En substance, le tribunal a tout d'abord reconnu une entière valeur probante à l'expertise réalisée par le COMAI. Il a ensuite observé que dans son

rapport médical du 10 août 2006, le Dr M.\_\_\_\_\_ n'affirmait pas que sa patiente aurait été empêchée de travailler pour des raisons physiques. Il a également considéré que ce rapport n'apportait aucun élément qui n'était pas déjà connu des experts et que ce document ne permettait pas de remettre en cause le contenu ainsi que les conclusions de l'expertise du COMAI s'agissant de la situation psychiatrique de l'intéressée. Le tribunal faisait ainsi siennes les conclusions des experts du COMAI, à savoir que le taux d'invalidité s'élevait à 30 % et ne donnait pas lieu à l'octroi d'une rente.

**D.** Par courrier du 9 juin 2008, l'assurée a informé l'OAI du fait que sa situation s'était améliorée de façon significative et qu'elle souhaitait bénéficier de mesures professionnelles. Le 10 juin 2008, elle a déposé une nouvelle demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle ou de reclassement dans une nouvelle profession. À l'appui de cette demande, l'assurée invoquait son souhait de commencer éventuellement une formation pour devenir [...].

Dans son rapport médical du 3 septembre 2008 adressé à l'OAI, le Dr M.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une toxicodépendance aux opiacés sous substitution de méthadone, un syndrome de dépendance aux opiacés avec utilisation épisodique, une dépendance aux benzodiazépines, un syndrome de dépendance au cannabis, un syndrome de dépendance au tabac, d'importants troubles anxieux, un état de stress post-traumatique et une hépatite C chronique. Ce médecin indiquait que la situation de sa patiente restait précaire au niveau de la dépendance et des troubles anxieux. Il expliquait en outre que vu l'état psychique de N.\_\_\_\_\_, une incapacité de travail était certainement justifiée mais qu'elle dépendait aussi de l'activité exercée. Sur le plan physique, il n'y avait selon lui que peu de restrictions, étant précisé que l'intéressée avait dû changer de profession en raison notamment d'un eczéma au savon.

L'assurée a également produit un avis de sortie du 23 juillet 2007 signé par les Drs F.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_, tous deux spécialistes en psychiatrie et psychothérapie auprès du Z.\_\_\_\_\_, qui ont posé les

diagnostics de syndrome de dépendance aux opiacés, sous traitement de substitution à la méthadone (F11.22), de syndrome de dépendance aux opiacés, utilisation épisodique (F11.26), de dépendance aux benzodiazépines, avec utilisation actuelle de la drogue (F13.24), de syndrome de dépendance au cannabis, avec utilisation actuelle de la drogue (F12.24), de syndrome de dépendance au tabac, avec utilisation actuelle de la substance (F17.24), de trouble anxieux, sans précision (F41.9), et d'hépatite C.

Le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin auprès du SMR (Service médical régional de l'AI), a pris position dans un avis médical du 13 novembre 2008, dont il ressort notamment que selon ce médecin, il n'existait aucun élément médical nouveau susceptible de modifier l'exigibilité et les limitations fonctionnelles fixées en 2005.

Le 17 novembre 2008, l'OAI a informé l'assurée du fait que les conditions du droit à l'orientation professionnelles étaient remplies et qu'elle serait informée des démarches ultérieures. Un examen d'orientation professionnelle a été réalisé le 27 janvier 2009 et dans son rapport du même jour, l'OAI a considéré que l'assurée n'était pas prête pour entrer dans une démarche de formation.

En date du 9 mars 2009, l'OAI a annoncé à l'assurée que les conditions du droit au placement étaient remplies et qu'elle serait informée des démarches ultérieures. Par courrier du même jour, l'OAI a informé N.\_\_\_\_\_ qu'il allait rendre une décision de refus de rente d'invalidité, au motif que son taux d'invalidité de 30 % n'ouvrait pas de droit à la rente.

Le 25 mars 2009, l'assurée a fait opposition au projet de décision de refus de rente en invoquant que ses troubles psychiatriques importants ne lui permettaient pas de fonctionner normalement dans une place de travail non protégée.

Dans son rapport médical du 6 mai 2009, la Dresse V.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de cyclothymie (F34.0), d'anxiété généralisée (F41.1), de syndrome de dépendance aux opiacés et benzodiazépines en utilisation continue (F11.25), de trouble mixte de la personnalité avec traits anxieux et dépendants (F41.1) et d'expérience personnelle terrifiante pendant l'enfance (Z61.7). Ce médecin indiquait que l'évolution de l'état de sa patiente était stationnaire et que le pronostic était réservé. Elle jugeait également que cette dernière était en incapacité de travail à 100 % depuis plusieurs années et que son état psychique instable ne lui permettait pas d'exercer une activité dans le monde du travail.

Le 9 juin 2009, le Dr J.\_\_\_\_\_ a estimé que la symptomatologie et les plaintes actuelles étaient superposables à celles de 2005 et qu'il n'y avait pas de raison d'envisager une capacité de travail différente en 2009, celle-ci demeurant fixée à 70 %. À l'appui de cette prise de position, le Dr J.\_\_\_\_\_ mentionnait le rapport médical de la Dresse V.\_\_\_\_\_ du 6 mai 2009 et l'expertise du COMAI de 2005 ainsi qu'un courrier du 6 juin 2005 du Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en dermatologie et vénérologie, dans lequel ce dernier attestait notamment avoir traité l'assurée pour un eczéma par irritation.

Le 12 juin 2009, l'assurée a informé l'OAI qu'elle renonçait à une mesure d'aide au placement.

Par décision du 21 juillet 2009, l'OAI a rejeté la demande de rente déposée par l'assurée au motif que son taux d'invalidité de 30 % ne lui donnait pas droit à une rente. Dans sa motivation, l'autorité a, en substance, considéré que les plaintes décrites par la Dresse V.\_\_\_\_\_ se recoupaient avec celles constatées par les experts du COMAI. Elle estimait que les diagnostics posés par le médecin précité, bien que différents, n'étaient pas davantage incapacitants.

Le 1<sup>er</sup> février 2010, l'assurée a contacté l'OAI afin de réactiver l'aide au placement, invoquant qu'elle avait suffisamment repris confiance en elle, notamment grâce à une mesure de réinsertion auprès du G.\_\_\_\_\_.

**E.** En date du 2 juin 2014, le Service social de [...] et l'assurée ont fait parvenir à l'OAI un formulaire de détection précoce en raison d'une « dépression chronique, SSPT [syndrome de stress post-traumatique] ».

Dans son rapport initial de détection précoce du 3 juillet 2014, le spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a mentionné une aggravation de la situation de la recourante, indiquant que « de prime abord, la situation ne semble pas avoir vraiment changé par rapport au rapport médical du Dr V.\_\_\_\_\_ de mai 2009, mais ce jour nous voyons une assurée qui nous semble clairement dans l'incapacité de travailler ». Il concluait au dépôt d'une nouvelle demande de rente AI.

Il ressort d'une note d'entretien téléphonique du 3 juillet 2014 entre l'OAI et la Dresse V.\_\_\_\_\_ que l'assurée était complètement sortie de la toxicomanie depuis plus de trois ans, ce qui avait fait ressortir ses atteintes à la santé, soit des troubles dépressifs récurrents, des épisodes dépressifs importants, des troubles anxieux massifs (phobie sociale, troubles paniques handicapant dans la vie quotidienne) et un stress post-traumatique important. Ce médecin ajoutait que sa patiente était dans l'incapacité totale de travailler.

**F.** En date du 17 juillet 2014, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI en raison d'une « dépression chronique, SSPT suspectée ».

L'assurée a complété le formulaire AI intitulé « DETERMINATION DU STATUT (PART ACTIVE / PART MENAGERE) » le 5 août 2014. Elle y a notamment indiqué que si elle n'était pas atteinte dans son état de santé, son taux d'activité serait de 100 %.

Par attestation médicale du 5 août 2014, la Dresse V.\_\_\_\_\_ a certifié une incapacité de travail de 100 % depuis plusieurs années.

Dans son rapport médical du 15 août 2014 adressé à l'OAI, le Dr M.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un état dépressif récurrent, un état anxieux sévère voire de panique récidivant, présent depuis l'adolescence, et un probable syndrome de stress post-traumatique, également présent depuis l'adolescence, ces diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail. Quant aux diagnostics sans effets sur la capacité de travail, ce médecin a mentionné ce qui suit « S/p IVG novembre 2012, S/p traitement hépatite C en 2011, Polytoxicomanie avec sevrage complet en mars 2011, rhinite chronique, allergie et eczéma de contact (abandon de son travail comme coiffeuse), S/p plusieurs opérations orthopédiques ». Le Dr M.\_\_\_\_\_ indiquait que sa patiente avait fait un stage en garderie de 20 à 90 % en septembre 2012, ce qui avait généré d'importantes crises d'angoisse, l'intéressée ayant dû abandonner son stage. Il mentionnait également un emploi de type occupationnel dans le cadre du « G.\_\_\_\_\_ » à [...] comme [...], emploi également abandonné en raison des crises d'angoisse accentuées. Il notait aussi que l'assurée avait constaté depuis plusieurs mois une exacerbation de ses troubles anxio-dépressifs à cause d'une nouvelle introduction des anti-dépresseurs et des neuroleptiques. Il ajoutait suivre cette patiente pour ses multiples problèmes physiques de moindre importance et qui selon lui n'amèneraient certainement pas à une rente AI. Le Dr M.\_\_\_\_\_ estimait également que l'activité exercée n'était plus exigible et que l'assurée ne pouvait simplement pas suivre un travail régulier pour des raisons psychologiques ou en raison de l'allergie. Selon lui, le pronostic était très défavorable et il ne voyait aucune réadaptation possible, une rente AI lui paraissant impérative.

Dans son rapport médical du 2 septembre 2014 adressé à l'OAI, la Dresse V.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics suivants, avec effet sur la capacité de travail :

- « - Trouble dépressif récurrent F 33
- Dysthymie F34.1

- Trouble de la personnalité anxieuse et dépendante F60 6 et F 60 7
- Trouble panique F41 1 (depuis l'adolescence)
- Anxiété généralisée F41 1 (depuis le début de l'âge adulte)
- Trouble obsessionnel compulsif avec comportement compulsif F 42 1
- Syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation épisodique F10.26
- Antécédent d'état de stress post-traumatique F43 1
- Expérience personnelle terrifiante pendant l'enfance Z61.7 »

La Dresse V.\_\_\_\_\_ relatait qu'au printemps 2014, l'état dépressif de sa patiente s'était à nouveau péjoré avec une baisse importante de la thymie, des angoisses massives, des attaques de panique, un stress important lié à la fin de sa prise en charge par W.\_\_\_\_\_ et la perspective de devoir à nouveau se questionner sur une reprise d'une activité professionnelle. Ceci amenait la psychiatre à reconsidérer une demande de prestations AI pour sa patiente, cette dernière se sentant incapable d'affronter le monde professionnel et présentant une symptomatologie psychiatrique de plus en plus invalidante avec des rechutes à répétition. La Dresse V.\_\_\_\_\_ ajoutait que malgré toute sa bonne volonté, les essais de l'assurée de se confronter à nouveau à une activité, quelle qu'elle soit, avaient été infructueux et lui avaient fait vivre une succession d'échecs péjorant encore plus son état psychique. Elle constatait également ce qui suit, sous l'intitulé « constat médical » du point 1.4 du rapport:

« Humeur dépressive, baisse de l'intérêt et du plaisir, fatigabilité, estime de soi catastrophique, idées de culpabilité et de dévalorisation, attitude morose par rapport à l'avenir, idées noires, trouble du sommeil et de l'appétit, rumination, agitation psychomotrice. Attaques récurrentes d'anxiété sévère (attaques de panique) avec survenue brutale de palpitations, douleurs thoraciques, sensation de manquer d'air, d'étourdissement, et peur de mourir. En dehors de ces épisodes, anxiété persistante, sentiment permanent de nervosité, tension musculaire, transpiration, sensation de tête vide, gêne épigastrique Sentiment envahissant et persistant de tension et d'appréhension, perception de soi comme socialement incompetent, sans attrait et inférieure aux autres, crainte d'être critiquée et rejetée, restriction du style de vie avec retrait social Comportements compulsifs concernant la propreté, souci excessif de l'ordre et du rangement, rituels de lavage. Utilisation occasionnelle excessive d'alcool lors de grandes angoisses. Par ailleurs, elle se présente toujours à l'heure à ses rendez-vous, avec une présentation vestimentaire impeccable, ce qui a peut-être parfois faussé le jugement de ses interlocuteurs ne soupçonnant pas tant de détresse. »

Le pronostic était réservé au vu de l'intensité et de la chronicité des troubles. La Dresse V.\_\_\_\_\_ considérait que sa patiente était totalement incapable d'exercer son activité et cela depuis des années. Les restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes étaient décrites comme suit : « Angoisses importantes, intolérance totale au stress, agitation et pleurs, peur de ne pas être à la hauteur, cf. constat médical ». Elle estimait que d'un point de vue médical, l'activité exercée n'était pas exigible et que l'on ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ni à une amélioration de la capacité de travail.

Dans son avis médical du 20 octobre 2014, le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin auprès du SMR, a jugé que la capacité de travail était inchangée depuis la dernière décision de l'OAI. Il a considéré que les troubles décrits par le Dr M.\_\_\_\_\_ dans son rapport médical du 15 août 2014 avaient déjà été pris en compte dans les instructions antérieures et que ce médecin ne décrivait ni aggravation ni fait nouveau depuis la dernière décision de l'OAI. S'agissant du rapport médical de la Dresse V.\_\_\_\_\_, le médecin du SMR a relevé que les différents diagnostics posés par la psychiatre existaient depuis le début de l'âge adulte ou depuis l'adolescence. Selon lui, les TOC étaient déjà décrits et pris en compte dans l'expertise de 2005 et les éléments traumatiques en relation avec les PTSD [syndrome de stress post-traumatique] étaient décrits dans cette expertise. Il ajoutait que le sevrage d'héroïne et de Dormicum depuis 2009 confirmait que les dépendances étaient bien sous le contrôle de la volonté, donc primaires, et qu'aucun fait nouveau ni aggravation durable n'était rendu plausible depuis la dernière décision de l'OAI.

Le 28 octobre 2014, l'OAI a rendu un projet de décision de refus de prestations, au motif qu'il n'y avait aucun fait nouveau ni aggravation durable rendus plausibles depuis la dernière décision et que l'assurée continuait à présenter une capacité de travail de 70 % au moins dans toute activité.

Le 16 novembre 2014, l'assurée a contesté cette décision et indiqué à l'autorité qu'elle allait consulter un avocat afin que son incapacité de travail soit réexaminée.

Par courrier du 22 décembre 2014, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a contesté le projet de décision du 28 octobre 2014 et a requis de l'OAI qu'il procède à une instruction plus poussée de son cas. Globalement, elle a tout d'abord considéré que la dernière décision de refus de rente fondée sur une instruction complète était la décision sur opposition de l'OAI du 6 mars 2006, fondée sur l'expertise du COMAI du 23 septembre 2005. Elle a ensuite reproché à l'OAI de ne pas avoir procédé à une instruction complète du cas, en particulier de ne pas avoir mis en œuvre d'expertise psychiatrique complémentaire. L'assurée invoquait qu'une réadaptation professionnelle n'avait pas été possible et que les experts du COMAI avaient recommandé une réévaluation de la situation sur le plan psychique dans les deux ans à venir, ce que l'OAI aurait dû faire. Se fondant sur le rapport de la Dresse V. \_\_\_\_\_ du 2 septembre 2014, N. \_\_\_\_\_ a considéré que le Dr C. \_\_\_\_\_ ne pouvait pas soutenir qu'aucun fait nouveau, ni aggravation durable n'avaient été rendus plausibles depuis la dernière décision de l'OAI.

Dans son avis médical du 10 mars 2015, le Dr C. \_\_\_\_\_ a confirmé sa position du 20 octobre 2014 en ce sens qu'aucune aggravation durable de l'état de santé psychique de l'assurée ni de fait nouveau n'étaient rendus plausibles par les pièces médicales versées au dossier depuis juin 2014. Se fondant sur le rapport médical du Dr M. \_\_\_\_\_ du 15 août 2014, il considérait que sur le plan de la santé somatique, il n'y avait pas d'empêchements à l'exercice d'une activité professionnelle. Sur le plan psychique, le Dr C. \_\_\_\_\_ a, en substance, estimé que les diagnostics posés par la Dresse V. \_\_\_\_\_ dans son rapport médical du 2 septembre 2014 avaient déjà été pris en compte dans l'expertise du COMAI ou étaient connus de longue date.

Par décision du 16 mars 2015, l'OAI a rejeté la nouvelle demande de prestations au motif que depuis la dernière décision, aucun fait nouveau ni aggravation durable n'avaient été rendus plausibles par les médecins de l'assurée et que cette dernière continuait de présenter une capacité de travail de 70% au moins dans toute activité.

**G.** Par acte du 27 mars 2015, N.\_\_\_\_\_ a interjeté recours, par l'intermédiaire de son conseil, à l'encontre de la décision du 16 mars 2015, concluant à l'annulation de cette dernière et à ce que la cause soit renvoyée à l'Office AI pour qu'il mette en œuvre une expertise psychiatrique selon l'art. 44 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) et rende ensuite une décision. À l'appui de ses écritures, la recourante invoque tout d'abord que la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents et appréciation des preuves est la décision sur opposition du 6 mars 2006 et non pas celle du 21 juillet 2009, laquelle ne repose que sur la note du 9 juin 2009 du médecin généraliste de l'AI, le Dr J.\_\_\_\_\_. Elle ajoute qu'en comparant ce qui est dit dans l'expertise du COMAI et dans le rapport médical de la Dresse V.\_\_\_\_\_ du 2 septembre 2014, la situation actuelle n'est pas du tout ce qu'elle était à la fin de l'année 2005 et au début de l'année 2006. L'assurée rappelle qu'à l'époque, elle ne présentait qu'une personnalité émotionnellement labile type borderline lui permettant de travailler six heures et demi par jour alors qu'à l'heure actuelle, elle souffre de nombreux autres troubles psychiques qui l'empêchent de travailler à 100 %, ainsi que l'explique sa psychiatre. Il en résulte selon l'assurée que l'OAI ne peut pas soutenir qu'il n'y a aucun fait nouveau ni aggravation rendus plausibles depuis la dernière décision. Pour terminer, elle requiert qu'une expertise selon l'art. 44 LPGA soit mise en œuvre.

Dans sa réponse du 17 juin 2015, l'OAI, se fondant sur l'analyse de la situation médicale par le médecin du SMR les 20 octobre 2014 et 10 mars 2015, a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée. L'intimé conteste que le moment déterminant pour la comparaison à faire selon l'art. 17 LPGA soit la situation prévalant lors de

la décision sur opposition du 6 mars 2006. Il maintient que la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit est bel et bien la décision du 21 juillet 2009. Selon l'autorité, il est erroné de dire que cette dernière décision ne repose que sur la note établie le 9 juin 2009 par le SMR car un examen consciencieux du dossier permet de constater que cette décision se base sur divers rapports médicaux, dont notamment celui établi le 6 mai 2009 par la Dresse V.\_\_\_\_\_.

Dans sa réplique du 25 juin 2015, la recourante a confirmé ses conclusions et maintenu sa position selon laquelle la décision du 21 juillet 2009 ne repose que sur une note du médecin du SMR. Elle ajoute que si l'intimé mentionne certes, dans sa réponse du 17 juin 2015, divers rapports médicaux, il ne donne pas d'autres précisions sur ce que seraient ces documents.

L'intimé a déposé une duplique le 17 août 2015, dans laquelle il a entièrement confirmé ses conclusions. Il répète également que la décision de 2009 se base notamment sur le rapport établi le 6 mai 2009 par la Dresse V.\_\_\_\_\_ et précise que le SMR a aussi examiné les rapports de septembre 2008 du Z.\_\_\_\_\_ [avis de sortie du 23 juillet 2007] et du Dr M.\_\_\_\_\_ [rapport médical du 3 septembre 2008].

**H.** Parallèlement, le 25 mars 2015, la recourante a déposé une demande d'assistance judiciaire pour la présente procédure et produit un lot de pièces justificatives. Par décision du 30 mars 2015, la juge instructrice lui a accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire en l'exonérant des avances et des frais judiciaire et en désignant Me Jean-Marie Agier en tant qu'avocat d'office.

**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, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (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 (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 al. 1 LPGA).

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi 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 et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]).

**c)** En l'espèce, interjeté dans le respect du délai légal et des autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

**2.** Est litigieux dans le cas particulier le droit de N.\_\_\_\_\_ à des prestations de l'assurance-invalidité, au motif notamment d'atteintes à sa santé psychique. Le litige s'inscrit dans le contexte d'une nouvelle demande de prestations AI faisant suite à une décision de refus de rente de l'OAI du 21 juillet 2009, au motif que le taux d'invalidité de l'assurée ne lui ouvrirait pas le droit à une rente, ainsi qu'à une procédure de détection précoce intentée par la suite.

**3. a)** En principe, il n'y a pas lieu de revenir sur les décisions entrées en force, en particulier pour des raisons d'égalité de traitement entre assurés et de sécurité du droit, notamment pour éviter de pouvoir remettre perpétuellement en cause des décisions rendues.

Cependant, la jurisprudence distingue, sur la base du droit fédéral, quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision entrée en force (ATF 135 V 215).

Tout d'abord, une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale selon l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait, déterminante pour le droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut le cas échéant être effectuée dans le cadre d'une révision de la prestation au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. En outre, si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée du droit), il y lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération selon l'art. 53 al. 2 LPGA. Enfin, si les fondements juridiques de la décision changent après le prononcé de la décision (par exemple en cas de modification de la loi ou, sous certaines conditions, de changement de jurisprudence), une réduction ou une suppression de prestations en cours ou l'octroi de nouvelles prestations peut se justifier en fonction d'une pesée des intérêts ou de dispositions transitoires particulières (ATF 135 V 215 consid. 4 et 5).

**b)** En vertu 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 (ATF 133 V 108 consid. 5; 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 (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p. 833).

**c)** Par ailleurs, selon l'art. 87 al. 2 RAI (règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que

l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

**4.** Dans le cas présent, il convient tout d'abord de constater que l'évaluation de l'état de santé de la recourante doit s'apprécier avec comme point de comparaison la décision de l'OAI du 21 juillet 2009 et non pas, comme le soutient l'assurée, la décision sur opposition de l'OAI du 6 mars 2006, confirmée par l'arrêt du 2 novembre 2006 du Tribunal des assurances du canton de Vaud. En effet, la décision rendue en 2009, faisant suite à la demande de prestations du 9 juin 2008, reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents ainsi qu'une appréciation des preuves et des circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. supra consid. 3b).

S'agissant de l'instruction médicale réalisée par l'OAI, on observe que figurent plus particulièrement au dossier un rapport du 3 septembre 2008 du Dr M.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant de l'assurée, un avis de sortie d'hospitalisation psychiatrique du 23 juillet 2007 du Z.\_\_\_\_\_ et un rapport médical du 6 mai 2009 de la Dresse V.\_\_\_\_\_, médecin psychiatre traitant de l'assurée. Ces rapports médicaux n'ont certes pas la même valeur probante qu'une expertise du COMAI. Cependant, l'existence d'une telle expertise dans une procédure antérieure n'impose pas à nouveau la mise en œuvre d'une expertise similaire dans le cadre des révisions ultérieures. En matière de révision, il ne s'impose pas non plus que l'expert mandaté ou les médecins interpellés par l'OAI dans la précédente procédure le soient à nouveau. De surcroît, le SMR a pris position à deux reprises, soit en date du 13 novembre 2008 et du 9 juin 2009.

Toujours dans le cadre de la procédure initiée en 2008, l'assurée a bénéficié de mesures d'orientation professionnelle et d'aide au placement (à laquelle la recourante a d'ailleurs finalement renoncé). La procédure est donc également complète sous l'angle des mesures de

réadaptation qui doivent être tentées avant l'éventuel examen du droit à la rente.

Enfin, une comparaison des revenus ne s'imposait pas, l'assurée présentant une capacité de travail de 70 % en toutes activités, avec pour conséquence dans le cas particulier que le degré d'invalidité se confondait avec celui d'incapacité de travail. Pour rappel, on se trouvait en présence d'une activité habituelle de coiffeuse et, au vu du bilan d'orientation professionnelle, d'activités simples et répétitives pour ce qui est des autres emplois potentiels.

Néanmoins, étant donné que les rapports médicaux au dossier de la procédure de révision initiée en 2008 se réfèrent à l'expertise du COMAI de 2005 pour conclure à une situation inchangée, l'examen actuel d'une modification de l'état de santé de l'assurée reposera indirectement sur cette expertise, principalement pour ce qui est de la comparaison des diagnostics. Au demeurant, le SMR cite également l'expertise du COMAI dans son avis du 10 mars 2015. Si les références à cette expertise s'avèrent ainsi inévitables, il n'en demeure pas moins que l'évolution de l'état de santé s'appréciera avec comme point de comparaison la situation prévalant lors de la décision du 21 juillet 2009.

**5. a)** Au vu de ce qui précède, il s'agit donc de déterminer si une aggravation de l'état de santé de la recourante est effectivement intervenue depuis la décision de refus de prestations du 21 juillet 2009, étant précisé que la révision n'est litigieuse que pour ce qui concerne l'atteinte à la santé, plus particulièrement sur le plan psychique. Les atteintes somatiques ne sont pas incapacitantes, comme l'atteste au demeurant le Dr M. \_\_\_\_\_ dans son rapport médical du 15 août 2014. Avant d'examiner plus avant la question de l'aggravation de l'état de santé de la recourante, il convient toutefois de rappeler les éléments suivants.

**b)** 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).

A la teneur de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) 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).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière. L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

**c)** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 LPGA. On ne considère toutefois pas comme des conséquences d'un état psychique maladif – donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité – les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté, la mesure de ce qui est exigible devant être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

**6.** Pour se prononcer sur l'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 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

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. 3 ; 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).

**7. a)** En l'espèce, doivent tout d'abord être comparés les rapports de la Dresse V.\_\_\_\_\_ du 6 mai 2009 et du 2 septembre 2014. Dans ce dernier rapport, la psychiatre fait certes état de nouveaux diagnostics incapacitants, mais cela ne signifie pas pour autant qu'il s'agisse d'atteintes apparues seulement depuis le rapport précédent. Bien au contraire, la Dresse V.\_\_\_\_\_ paraît dater l'apparition de l'ensemble des troubles actuels entre l'adolescence et le début de l'âge adulte. A l'instar du SMR, on observera que le trouble dépressif récurrent et la dysthymie ont été diagnostiqués dans le cadre de l'expertise du COMAI. S'agissant du trouble mixte de la personnalité avec traits anxieux et

dépendants (F61), on s'aperçoit, à la lecture de la CIM-10 (Classification internationale des maladies selon l'Organisation mondiale de la santé [OMS]) que cette atteinte entre dans une catégorie de troubles de la personnalité ne présentant pas les caractéristiques symptomatiques spécifiques des troubles décrits en F60, dont les troubles de la personnalité anxieuse et dépendante (F60.6 et F60.7) font partie. Il ne s'agit donc pas d'un nouveau diagnostic mais d'une précision de diagnostic. Le trouble panique (F41.0) est quant à lui déjà décrit dans le rapport du 16 janvier 2003 du Z.\_\_\_\_\_. L'expertise COMAI de 2005 mentionne également l'existence d'attaques hebdomadaires de panique avec phobie sociale depuis au moins 2001 (cf. rapport d'expertise du 23 septembre 2005 du COMAI p. 32). Dans son rapport du 2 septembre 2014, la Dresse V.\_\_\_\_\_ évoque quant à elle des attaques récurrentes d'anxiété sévère (attaques de panique). Il s'agit donc d'une appréciation différente d'un contexte de fait médical identique, la différence résidant dans le fait que l'experte Q.\_\_\_\_\_ du COMAI ne pose pas de diagnostic spécifique au contraire du psychiatre traitant. On se ralliera à l'avis du SMR s'agissant de l'existence de TOC, déjà diagnostiqués en 2002 (cf. notamment le rapport médical du 12 septembre 2002 du Dr H.\_\_\_\_\_). Cela étant dit, au vu de la nature de ceux-ci, il paraît très peu vraisemblable qu'ils soient à eux seuls incapacitants. Il en va de même pour le syndrome de dépendance à l'alcool, d'autant que son utilisation est qualifiée d'épisodique par la Dresse V.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 2 septembre 2014, la psychiatre évoque un antécédent d'état de stress post-traumatique, sans autre développement. Il est manifeste que ce diagnostic repose sur l'anamnèse, plus particulièrement les événements vécus par l'assurée pendant son enfance et son adolescence, lesquels ont été pris en compte dans le cadre de l'expertise du COMAI, sans cependant générer un diagnostic spécifique. Enfin, on observera qu'il n'y a pas eu d'hospitalisation de longue durée depuis la dernière révision (cf ch. 1.3 des deux rapports médicaux de la Dresse V.\_\_\_\_\_ et ch. 1.3 également du rapport médical du 15 août 2014 du Dr M.\_\_\_\_\_). Au vu de ce qui précède, il n'existe donc pas de diagnostics nouveaux, respectivement de nouveaux éléments cliniques ou anamnestiques, révélateurs d'une atteinte à la santé jusque-là ignorée.

**b)** Reste à déterminer si les troubles psychiques dont souffre la requérante influent d'une manière nouvelle sur sa capacité de travail. Pour mémoire, celle-ci a été fixée à 70% en toutes activités par l'expertise du COMAI, ceci essentiellement en relation avec la personnalité émotionnellement labile type borderline et le trouble dépressif récurrent de l'assurée. Ces atteintes induisent des crises émotionnelles et relationnelles, une difficulté à gérer les conflits et le stress, une tendance au « tout ou rien », des passages à l'acte, une motivation diminuée et une tendance à la dévalorisation (cf. rapport d'expertise du 23 septembre 2005 du COMAI p. 36). La fatigue accrue empêche l'assurée de tenir un horaire à plein temps avec un rendement normal. Les experts du COMAI précisent, s'agissant de la personnalité émotionnellement labile, type borderline, qu'elle constitue le problème majeur de l'assurée. Après une décompensation dès l'adolescence, cette personnalité s'était progressivement compensée et l'assurée pouvait mieux fonctionner dans le quotidien. Au jour de l'expertise, la situation demeurait cependant fragile sur le plan psychique et les experts suggéraient une réadaptation à 70 % dans la mesure où l'assurée paraissait avoir certaines ressources et compétences méritant d'être utilisées (cf. rapport d'expertise du 23 septembre 2005 du COMAI p. 32 et 33). Pour mémoire toujours, on rappellera que dans son courrier du 9 juin 2008, l'assurée se prévalait d'ailleurs d'une amélioration significative de son état de santé depuis la décision du 6 mars 2006 et qu'elle demandait des mesures professionnelles. La procédure a débouché sur les communications d'octroi d'orientation professionnelle puis d'aide au placement, cependant demeurées vaines. Concrètement, pendant la période située entre les décisions de 2006 et 2009, l'assurée n'a exercé aucune activité professionnelle. Début 2010, elle a réactivé la demande d'aide au placement. S'en est suivi la procédure de détection précoce et différents stages ont été mis en place. Dans l'intervalle, soit courant 2009, avec l'accompagnement de sa psychiatre, l'assurée a cessé toute médication, méthadone comprise, et ce pendant trois ans.

**c)** Dans cette affaire, on ne saurait tout d'abord écarter purement et simplement les observations du spécialiste en réinsertion professionnelle, auteur du rapport de détection précoce du 3 juillet 2014, au seul motif qu'il ne s'agit pas d'une appréciation médicale. Ce spécialiste relève en l'occurrence que si de prime abord la situation ne semble pas avoir vraiment changé par rapport au rapport médical du médecin psychiatre de mai 2009, l'assurée lui semble clairement dans l'incapacité de travailler actuellement.

Quant à la Dresse V.\_\_\_\_\_, elle relève que les pathologies psychiatriques de sa patiente se sont révélées de manière plus précise et plus intense après son sevrage à l'héroïne et au Dormicum (benzodiazépine) en 2009 et à la méthadone en 2011. Elle mentionne encore que malgré toute sa bonne volonté, les essais de sa patiente de se confronter à nouveau à une activité, quelle qu'elle soit, ont été infructueux et lui ont fait vivre une succession d'échecs péjorant encore plus son état psychique. On rappellera ici que l'expertise de 2005 du COMAI qualifiait de fragile la situation psychique de l'assurée quand bien même le trouble de la personnalité était à l'époque compensé. Ce constat de fragilité tend plutôt à étayer le caractère négatif de l'évolution observée par la Drsse V.\_\_\_\_\_ depuis 2009. Ainsi, on ne peut que constater que la procédure administrative a révélé des éléments de fait évocateurs d'une aggravation des troubles psychiques de l'assurée susceptibles de se répercuter sur sa capacité de travail.

**d)** Au vu des considérations qui précèdent, le recours sera admis, la décision annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction, notamment mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

**8. a)** Il résulte de ce qui précède que le recours, bien fondé, doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de

prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

**c)** Obtenant gain de cause, la recourante, assisté d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens, fixés en l'espèce à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD). La recourante est en outre au bénéfice de l'assistance judiciaire. L'indemnité de dépens précitée, mise à la charge d'une institution d'assurances sociales, est à même de couvrir la rémunération du conseil d'office, de sorte qu'il n'y a pas lieu de fixer précisément le montant de l'indemnité qui aurait dû lui être versée (art. 118 et 122 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 16 mars 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire au sens des considérants, avant nouvelle décision.
  
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Jean-Marie Agier (pour N. \_\_\_\_\_), à Lausanne,
- 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 :