

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 16 janvier 2017

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
M. Neu, juge, et M. Küng, assesseur  
Greffière : Mme Chaboudez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Z.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante,

et

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

---

**Art. 29 al. 1 et 2 Cst. ; 17 et 36 LPGA ; 28 LAI**

## **E n f a i t :**

**A.** Z. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1962, a obtenu un diplôme d'études économiques et commerciales en Egypte, pays dans lequel elle a travaillé environ une année et demie avant de rejoindre, en 1997, son mari en Suisse, où elle n'a jamais exercé d'activité lucrative.

L'assurée a déposé une demande de mesures professionnelles le 15 mai 2009 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Elle a indiqué présenter des douleurs chroniques au dos et à l'épaule gauche depuis novembre 2000.

Le 3 juin 2009, elle a fait savoir à l'OAI que si elle était en bonne santé, elle travaillerait à 70 %, par nécessité financière.

Dans un rapport médical du 6 juillet 2009, son médecin traitant, la Dresse B. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, a retenu comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail :

- Lombalgies et lombosciatalgies gauches chroniques dans le contexte de :
  - discopathie L5-S1 avec probable micro-instabilité segmentaire ;
  - petite saillie discale L4-L5 paramédiane gauche, susceptible d'irriter la racine L5G ;
  - arthrose lombaire basse L4-L5/L5-S1 active ;
  - syndrome de Baastrup de L2 à S1, nettement actif en L4-L5 ;
  - déconditionnement global ;
  - troubles statico-posturaux et dysbalances musculaires pluri-étagées ;
- Epaule gauche douloureuse sur syndrome de conflit sous-acromial avec tendinopathie marquée de la coiffe des rotateurs (sus-épineux, sous-scapulaire) et bursite sous-acromio deltoïdienne ;
- Syndrome bilatéral du tunnel carpien.

Les diagnostics sans répercussions sur la capacité de travail étaient une hypertension artérielle traitée, un status post amygdalectomie, un status post appendicectomie et une excision d'un kyste de la hanche gauche. Concernant ses limitations fonctionnelles,

l'assurée ne devait pas exercer une activité en position uniquement assise ou debout, ni une activité exigeant de marcher sur de longues distances, de se pencher, de travailler avec les bras au-dessus de la tête, de travailler accroupie ou à genoux. Elle devait éviter les rotations, le port de charges supérieures à 5 kg, de monter sur une échelle ou un échafaudage et de monter des escaliers.

Dans le cadre d'une enquête ménagère menée par l'OAI, elle a indiqué, le 15 septembre 2009, qu'elle envisageait de travailler à 20 % dès que sa santé se stabiliserait et qu'elle n'était plus en mesure de faire le nettoyage, la lessive et le repassage, précisant que son mari s'occupait de la plus grande partie des travaux ménagers ainsi que de la prise en charge de leurs deux enfants.

Afin de déterminer la capacité de travail de l'assurée, l'OAI a sollicité un examen clinique rhumatologique par le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR). Dans son rapport du 4 novembre 2009, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, médecine physique et rééducation, retenait comme diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail une tendinite chronique du supra-épineux gauche, sans rupture transfixiante (M75.1) ainsi que des lombalgies chroniques, dans un contexte de protrusions discales et troubles dégénératifs postérieurs sur les deux derniers étages, non déficitaires. Il estimait que l'assurée présentait une incapacité de travail de 30 % dans l'activité ménagère depuis le 10 février 2009, soit le début de son suivi pour les lombalgies par la Dresse B.\_\_\_\_\_. Elle bénéficiait en revanche d'une totale capacité de travail dans une activité adaptée, à savoir sans mouvement en flexion-extension répétée du tronc, sans attitude en porte-à-faux du tronc, n'exigeant pas de travail avec les bras au-dessus de l'horizontale, ni mouvement d'adduction-abduction répété des bras ou port répété de charges supérieures à 5 kg ; l'assurée ne pouvait pas marcher au-delà de 30 minutes sans s'arrêter, ni rester debout en position statique plus de 30 minutes ni être assise plus d'une heure d'affilée.

L'enquête économique sur le ménage effectuée par l'OAI le 29 mars 2010 a conclu que l'assurée avait un statut de ménagère de 1997 à août 2008 puisqu'elle aurait pu prendre un emploi dès la scolarisation de ses enfants et que dès août 2008, elle était active à 70 % et ménagère à 30 %. L'enquêtrice a calculé une invalidité de 27,9 % dans les activités du ménage.

Le 22 avril 2010, l'OAI a fait parvenir à l'assurée un projet de décision négative. Avec ses objections du 14 mai 2010, l'assurée a transmis entre autres des rapports médicaux des Dr R. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_, datés respectivement du 11 mai 2009 et du 3 avril 2010, dont il ressortait qu'elle présentait des céphalées d'origine mixte, tensionnelle et migraineuse.

Par décision du 14 juin 2010, l'OAI a nié le droit de l'assurée à des mesures d'ordre professionnel et à une rente, au motif qu'elle présentait un degré d'invalidité de seulement 8,37 %. Aucun recours n'a été interjeté.

**B.** Le 25 septembre 2012, l'assurée a demandé à l'OAI une aide au placement. Celle-ci a été accordée par communication du 1<sup>er</sup> octobre 2012, puis interrompue dans la mesure où il a été décidé de tenter dans un premier temps un reconditionnement préalable aux W. \_\_\_\_\_ par le biais des mesures de l'Office régional de placement (ci-après : ORP). Dans le rapport d'évaluation de stage du 27 août 2013, il était mentionné que l'assurée ne pouvait pas travailler plus d'une heure uniquement debout ou uniquement assise, que ce temps diminuait en fin de chaque demi-journée et qu'elle avait alors souvent besoin de marcher un moment (5 à 10 minutes).

La mesure s'est poursuivie dans un atelier d'activité industrielle légère. L'assurée n'a pu atteindre qu'un taux de travail de 40 % au lieu du 70 % prévu, elle devait régulièrement se lever pour marcher et détendre son dos, son rendement était de 50 à 69 %, mais la qualité de

ses travaux n'était pas altérée par ses douleurs, notamment aux mains. Le rapport du 20 février 2014 indiquait également :

« Elle est très dépendante des autres et a besoin d'être accompagnée pour être rassurée. Une fois bien coachée, elle fait son travail de manière autonome, mais a besoin d'un soutien dès que la situation devient inhabituelle.

[...]

Cette dernière étape de stage révèle que Mme Z.\_\_\_\_\_ a une santé fragile. Les douleurs aux mains, puis au dos et encore récemment aux yeux (suite à une tâche de contrôle de qualité de pièces métalliques) l'empêche[nt] de travailler de manière régulière. Les absences pour raison de santé sont nombreuses et seraient problématiques dans le domaine privé. Nous voyons qu'un poste à 40 % dans un atelier adapté et avec une pression de production très raisonnable est possible pour Mme Z.\_\_\_\_\_.

Au-delà de ça, son travail est globalement de bonne qualité et, après avoir reçu des consignes précises, elle les respecte bien. Un travail plus complexe peut poser difficulté par la compréhension des consignes, si le français utilisé dépasse les connaissances de Mme Z.\_\_\_\_\_ [...]. »

**C.** Le 24 avril 2014, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, faisant valoir, en plus de ses douleurs au dos et à l'épaule gauche, des angoisses, de la claustrophobie et une dépression.

Elle a accompagné sa demande de plusieurs rapports médicaux :

- Un rapport de l'IRM cérébrale effectuée le 29 mai 2013, laquelle se trouvait dans les limites de la norme.
- Un rapport médical du 20 mai 2013 du Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, qui l'avait examinée à la suite d'une suspicion de migraine avec attaque de panique et crise de conversion d'accompagnement. Celui-ci précisait que durant la consultation, la patiente présentait un comportement suspect d'un trouble de la personnalité ou psychiatrique sous-jacent.
- Un rapport établi le 16 avril 2013 par le Dr C.\_\_\_\_\_, pneumologue, qui diagnostiquait chez l'assurée un syndrome d'apnées obstructives du sommeil de sévérité moyenne, confirmé par une polysomnographie effectuée le 27 mars 2013 par le Dr F.\_\_\_\_\_, dont le rapport a également été produit. Le traitement par appareillage n'avait pas pu être effectué car

la mise en place d'un masque avait été rendue impossible en raison d'une sensation immédiate d'étouffement de nature « claustrophobique ».

- Des certificats médicaux de la Dresse B.\_\_\_\_\_ et du Dr R.\_\_\_\_\_, indiquant qu'elle était en incapacité totale de travailler du 12 janvier au 3 février 2014 et du 27 février au 31 mars 2014.

Dans un rapport médical du 5 juin 2014, la Dresse J.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui suivait l'assurée à raison d'une consultation par mois depuis le 8 octobre 2012, a posé les diagnostics de trouble de la personnalité dépendante (F60.7), phobie sociale (F40.1), claustrophobie (F40.2) et de trouble obsessionnel compulsif (F42). Elle précisait que l'assurée se plaignait d'importantes difficultés d'adaptation et de multiples phobies sociales et des espaces fermés. Elle présentait des crises d'angoisse à type d'attaque de panique avec phénomène de dépersonnalisation et ressentait un manque important de confiance en elle ainsi qu'un sentiment d'insécurité face au monde extérieur avec une forte dépendance à son mari. Elle signalait en outre des rituels de lavage avec plusieurs épisodes la journée. La Dresse J.\_\_\_\_\_ relevait que l'échec de la dernière réadaptation professionnelle effectuée dans le cadre l'ORP avait eu un impact négatif sur l'état psychique de sa patiente.

Suite à la recommandation du SMR du 3 juillet 2014, une expertise de médecine interne, neurologie et psychiatrie avec évaluation fonctionnelle a été mise en place par l'OAI via la plateforme SuisseMED@P.

Le 17 juillet 2014, l'assurée a transmis un rapport médical datant de septembre 2010 concernant ses douleurs, qu'elle décrivait alors comme constantes et extrêmement handicapantes.

Par communication du 15 octobre 2014, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible dans l'attente des résultats de l'expertise.

L'expertise pluridisciplinaire a été réalisée au N.\_\_\_\_\_ (ci-après : N.\_\_\_\_\_) par le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et le Dr Q.\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute. Leur rapport, daté du 20 mars 2015, comportait les conclusions suivantes :

« Sur le plan de la médecine interne nous sommes frappés par une discordance entre les plaintes annoncées et l'absence de difficulté apparente à la mobilisation du membre supérieur gauche, par exemple, lors de l'habillement ou lors de l'anamnèse. Spontanément, on ne retrouve pas de comportement algique. L'examen est rendu difficile par une collaboration insuffisante avec blocages antalgiques, par moments lâchages, mouvements de retrait, grimaces et interposition de ses mains sous la main de l'expert. Le status de l'épaule gauche est dès lors rendu délicat dans la mesure où la mobilité passive est nettement inférieure à la mobilité active. L'abduction active est limitée à 115° à gauche contre 150° à droite. Il n'y a pas d'argument évident en faveur d'un conflit sous-acromial avec une manœuvre de Hawkins négative, la rotation externe est préservée. Il n'y a aucun argument pour une capsulite rétractile. Bien que le tableau clinique soit compatible avec une tendinite du sus-épineux, il est bien difficile, en raison des discordances, d'apprécier l'importance de l'impotence alléguée.

Lors de l'examen rhumatologique effectué en 2009, il existait déjà un certain nombre d'incohérences comme une palpation acromio-claviculaire extrêmement algique sans cependant de lésion radiologique. Il était retrouvé 9/18 points de fibromyalgie alors qu'actuellement, les 18 points de fibromyalgie sur 18 sont présents avec grimaces, mouvements de retrait. Toutefois, le diagnostic de fibromyalgie est difficile à retenir en raison de l'absence d'annonce de douleurs diffuses intéressant autant la ceinture scapulaire que pelvienne. Nous en concluons tout de même qu'il existe une amplification des symptômes avec abaissement du seuil de la douleur.

En l'absence d'aggravation démontrée, les conclusions de l'expertise rhumatologique 2009 gardent toute leur validité. Une incapacité de travail de 30 % dans l'activité de ménagère en raison des limitations fonctionnelles douloureuses de l'épaule gauche est maintenue. Dans une activité adaptée, la capacité de travail est complète.

Sur le plan neurologique Madame Z.\_\_\_\_\_ se plaint de la persistance sans changement significatif des troubles susmentionnés, soit des lombosciatalgies droites, des paresthésies diurnes et nocturnes au niveau des deux mains, des troubles du sommeil avec une fatigue diurne, notamment au réveil, et quelques phénomènes d'endormissement et des céphalées à raison de

plusieurs épisodes par mois, bien calmées par un traitement d'Aspégic.

Madame Z. \_\_\_\_\_ déclare que, sans ses problèmes de santé, elle aurait actuellement une activité lucrative.

*En résumé*, chez une expertisée collaborante, mais assez démonstrative, l'examen clinique révèle une limitation apparente de la mobilité du rachis cervico-dorso-lombaire par la provocation immédiate de douleurs locales. Il n'y a par contre pas de contracture de la musculature paravertébrale. Les points de Valleix ainsi que les insertions iliaques et trochantériennes sont bilatéralement sensibles à la pression. Les différentes épreuves de marche sont correctement exécutées hormis des phénomènes de lâchages lorsqu'on demande à la patiente de marcher sur la pointe des pieds et sur les talons. L'examen des paires crâniennes est normal hormis une hypoesthésie tactile et douloureuse faciale droite. A l'examen des membres supérieurs, alors que l'épreuve des bras tendus est sans chute, on note des mouvements rapides effectués de façon médiocre, des phénomènes de lâchages distaux au testing de la force musculaire des deux côtés et une hypoesthésie tactile et douloureuse globale du membre supérieur droit. La recherche des signes d'irritation sur le nerf médian au niveau du canal carpien est bilatéralement négative à douteuse uniquement. La trophicité et les réflexes tendineux sont bien préservés. Au niveau du tronc, on retrouve une hypoesthésie tactile et douloureuse de l'hémi-tronc droit. A l'examen des membres inférieurs, on note une manœuvre de Lasègue apparemment positive avec blocage dès 45° des deux côtés, des phénomènes de lâchages étagés au testing de la force musculaire des deux côtés et une hypoesthésie tactile et douloureuse globale de la cuisse droite alors que la trophicité musculaire et les réflexes tendineux sont bien préservés de même que l'épreuve des jambes fléchies et les mouvements rapides.

En bref, un examen neurologique caractérisé par des troubles sensitivomoteurs atypiques et bilatéraux, sans éléments clairement indicateurs d'un syndrome du tunnel carpien et d'une souffrance radiculaire au niveau des membres supérieurs et sans éléments également en direction d'un déficit radiculaire au niveau des membres inférieurs.

Nous avons revu les documents radiologiques à disposition. L'IRM cérébrale de mai 2004 et le second rapport d'IRM cérébrale de mai 2013 sont sans anomalie significative. L'IRM cervicale du 04.10.2011 est également sans anomalie significative, les minimes saillies disco-ostéophytaires C5-C6 et C6-C7 étant sans conséquence sur la moelle et les racines nerveuses et donc très certainement asymptomatiques, représentant une découverte fortuite. Au niveau lombaire, on note des discopathies L4-L5 et L5-S1 avec des protrusions discales actuellement circonférentielles au niveau L4-L5 et L5-S1 sans évidence de compression radiculaire, sans rétrécissement du diamètre du canal rachidien. En bref, à nouveau, de discrètes anomalies discovertébrales lombaires, vraisemblablement sans conséquence neurologique

Au terme du présent bilan, pour ce qui est des lombosciatalgies, il n'y a pas d'éléments permettant de conclure à une souffrance

radiculaire ou à une pathologie neurologique d'autre nature expliquant les plaintes. Comme susmentionné, les anomalies mises en évidence à l'IRM lombaire sont extrêmement discrètes et ne peuvent être considérées comme expliquant les plaintes. Cela explique également l'échec des différents traitements tentés jusqu'ici.

En ce qui concerne les paresthésies au niveau des deux mains, le status actuel ne démontre pas d'atteinte significative du nerf médian au niveau du canal carpien et l'absence d'amélioration après la cure du tunnel carpien droit effectuée en 2010 est également un élément permettant de douter de l'existence d'un syndrome du tunnel carpien cliniquement significatif, d'autant plus qu'à l'examen actuel, on se trouve en face de troubles moteurs atypiques distaux des deux membres supérieurs et d'une hypoesthésie tactile et douloureuse globale du membre supérieur droit alors que la recherche des signes d'irritation sur le nerf médian au niveau du canal carpien est négative à tout au plus douteuse. Il faut donc également relativiser cette composante des troubles.

En ce qui concerne les apnées du sommeil, il s'agit tout au plus, selon le résultat de la polysomnographie pratiquée par le Dr F.\_\_\_\_\_, d'apnées du sommeil de degré moyen, très certainement sans conséquences fonctionnelles diurnes importantes, de telle sorte que cette composante des plaintes doit également être relativisée.

En ce qui concerne les céphalées, il s'agit vraisemblablement soit de migraines sans aura, soit de céphalées tensionnelles. La durée et la fréquence actuelles des troubles ne justifient pas une incapacité de travail.

*En conclusion*, les différentes plaintes présentées par Madame Z.\_\_\_\_\_ restent de signification très douteuse sur le plan fonctionnel et doivent être considérées comme ne représentant pas une cause d'incapacité de travail. On pourrait éventuellement mentionner comme limitations fonctionnelles un travail physiquement lourd, en raison des discrets troubles dégénératifs lombaires, mais il faut bien reconnaître que l'importance des dégénérescences discovertébrales lombaires ne dépasse pas ce qu'on observe dans la norme chez des personnes asymptomatiques de l'âge de Madame Z.\_\_\_\_\_, raison pour laquelle une telle limitation ne peut être formulée avec certitude.

En conséquence de ce qui précède, il n'est pas possible de retenir sur la base de l'ensemble des éléments à disposition une incapacité de travail significative sur le plan neurologique dans les différentes activités exercées jusqu'ici ainsi que dans toute autre activité professionnelle potentiellement exigible.

Nous avons analysé le résultat de l'ECF [Evaluation de capacité fonctionnelle]. Cet examen corrobore l'impression clinique, à savoir que Madame Z.\_\_\_\_\_ présente des autolimitations et une tendance à surcharger ses plaintes ne permettant pas de juger objectivement de ses capacités fonctionnelles résiduelles. Il apparaît en tous les cas évident sur la base de cet examen qu'il existe une discordance entre les capacités fonctionnelles résiduelles mentionnées par l'expertisée et la réalité objective.

Sur le plan psychique, nous avons vu une femme euthymique, assez timide et chuchotant au début, ensuite toujours plus ouverte, voire même prenant plaisir à l'expression et à l'échange. Ceci nous a bien confirmé l'aspect de conditionnement, à savoir aussi son potentiel de se conditionner autrement si elle le veut bien. Avec cette vision des choses, l'appréciation de son médecin psychiatre traitant se relativise donc beaucoup.

Après pondération de l'ensemble des documents, informations obtenues et observations faites, nous retenons sur le plan diagnostique :

- Difficultés liées à l'acculturation (Z60.3),
- Accentuation de certains traits de personnalité (type dépendance, immaturité et anxieux) (Z73.1),
- Etat anxieux d'intensité légère, fluctuante (F41.1).

Il existe, associé au troisième diagnostic, une certaine palette de manifestations neurovégétatives, mais pas de véritables crises de panique. Il en est de même pour l'évitement social, comme analysé ci-dessus, il n'y a pas de véritable phobie sociale ni d'inhibition de principe. Par ailleurs, les médicaments anxiolytiques qui aident l'assurée dans des situations difficiles, type anxieux, sont très peu utilisés.

L'essentiel de la situation renvoie donc aux facteurs contextuels, de couple, de famille, déconditionnement culturel et ceci n'est pas médical. En conséquence, des solutions devraient être trouvées à ce niveau, à savoir avec l'aide d'une éventuelle psychothérapie et des mesures de reconditionnement. Mais ceci fait sens uniquement si l'assurée est partie prenante, ce qui ne semble pas du tout le cas pour l'instant. Il n'y a pas d'éléments justifiant une incapacité de travail.

Les experts somaticiens ont constaté la présence de plaintes douloureuses (mais très relativisé ou peu mentionné à l'examen psychique) dans le contexte d'une fibromyalgie floride, un diagnostic de trouble somatoforme doit être posé. Ce trouble n'est pas associé à une autre pathologie psychiatrique sévère, il n'y a pas de processus maladif s'étendant sur plusieurs années, pas de perte d'intégration sociale, pas d'état psychique cristallisé, pas d'échec des traitements ambulatoires.

La capacité de travail est complète en temps et rendement, sans limitation. »

Les experts retenaient comme diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail une tendinopathie chronique du sus-épineux gauche (M75.1), et comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :

- Hypertension artérielle compensée
- Surcharge pondérale
- Probable discret syndrome du tunnel carpien anamnestique des deux côtés, actuellement sans signification clinique évidente

- Lombosciatalgies droites sans substrat somatique objectivable
- Troubles sensitivomoteurs des quatre extrémités à prédominance droite sans substrat somatique neurologique objectivable
- Céphalées migraineuses ou tensionnelles non invalidantes
- Fibromyalgie dans le cadre d'un trouble somatoforme
- Difficultés liées à l'acculturation (Z60.3)
- Accentuation de certains traits de personnalité (type dépendance, immaturité et anxieux) (Z73.1)
- Etat anxieux d'intensité légère, fluctuante (F41.1).

Compte tenu de la tendinopathie du sus-épineux gauche, les travaux effectués au-dessus de l'horizontale des épaules avec le membre supérieur gauche n'étaient pas possibles, de même que les travaux impliquant le port de charges à gauche de plus de 5 kg ainsi que les mouvements répétés de flexion antérieure et d'abduction du membre supérieur gauche. L'assurée devait éviter les travaux physiquement lourds, respectivement contraignants pour le dos. Il n'y avait en revanche aucune limitation sur les plans psychique, mental et social. Au final, les experts retenaient une incapacité de travail de 30 % dans les activités ménagères en raison des troubles somatiques, sans diminution de rendement, et aucune incapacité de travail en raison des troubles psychiques. Dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles décrites, la capacité de travail était de 100 % dès février 2009, sans diminution de rendement.

Dans un avis médical du 14 avril 2015, le SMR, se fondant sur le rapport d'expertise, a repris les mêmes conclusions que dans son rapport d'examen du 1<sup>er</sup> décembre 2009, à savoir que l'assurée présentait une capacité de travail de 70 % dans l'activité habituelle et, depuis février 2009, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles d'ordre physique.

Le 16 avril 2015, l'OAI a fait parvenir à l'assurée un projet de décision lui refusant le droit à un reclassement et à une rente d'invalidité.

Par courriers des 22 avril et 17 juin 2015, l'assurée a fait part de ses objections. Après avoir remis en question l'indépendance des experts dans le système suisse des expertises de l'assurance-invalidité, elle a estimé que l'OAI avait fait preuve d'arbitraire puisqu'il ne se

déterminait pas sur sa situation physique et psychique telle qu'elle ressortait des rapports de ses médecins traitants et des résultats des mesures suivies, lesquelles avaient démontré qu'elle n'avait pas la possibilité d'assumer un emploi à l'extérieur. Elle précisait que son état de santé avait empiré depuis la première décision de l'OAI, que ses problèmes d'apnées du sommeil avaient augmenté, qu'elle devait faire la sieste et que la fatigue permanente dont elle souffrait inférait sur sa capacité de travail. Elle a soutenu que le rapport d'expertise devait être invalidé dans la mesure où il avait été rédigé plusieurs mois après les examens et où les médecins ne se prononçaient pas sur l'évolution à long terme. Elle a soulevé de nombreuses critiques à l'encontre de ce rapport d'expertise, en particulier qu'il ne permettait pas de savoir qui était l'interprète ni s'il avait été présent lors de tous les examens ; on ignorait à quel moment les experts s'étaient réunis dans une séance interdisciplinaire, si une telle séance avait été tenue et si le rapport d'expertise avait été relu par un médecin expert comme prévu. L'assurée reprochait également à l'expert psychiatre de ne pas s'être prononcé sur le diagnostic retenu par la Dresse J. \_\_\_\_\_ ni sur les éléments particuliers de son histoire personnelle et de ne pas avoir tenu compte des facteurs psychosociaux en lien avec sa capacité de travail. Concernant les activités ménagères, elle a réitéré que c'était son mari, ses enfants et une aide-ménagère qui s'en chargeaient et elle a contesté les résultats théoriques retenus, ceux-ci ne tenant pas compte de sa situation réelle.

Elle a joint à ses objections un courrier du 4 novembre 2014 de la physiothérapeute H. \_\_\_\_\_, dont il ressortait qu'au cours du traitement effectué d'octobre 2012 à septembre 2013, l'assurée avait été prise de crises de panique et de peur intense à deux reprises en fin de séance.

Par décision du 4 août 2015, motivée dans un courrier séparé, l'OAI a refusé le reclassement et la rente d'invalidité demandés par l'assurée, estimant que les éléments avancés n'étaient pas susceptibles de modifier son appréciation, basée sur les résultats de l'expertise pluridisciplinaire.

**D.** Par acte du 26 août 2015, l'assurée a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité de 100 %, subsidiairement à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Elle a fait valoir un vice de procédure sous la forme d'une prise de décision par une personne non autorisée, respectivement partielle, une instruction lacunaire et orientée, ainsi qu'une appréciation arbitraire et discriminatoire des faits par l'administration. En relation avec l'expertise, elle a invoqué un délai de reddition trop long, l'absence d'interprète, des lacunes formelles, des incohérences avec les constatations de ses médecins traitants comme celles des observateurs de ses stages professionnels, et a critiqué l'appréciation de la capacité de travail ménagère.

L'OAI s'est déterminé sur le recours le 29 septembre 2015 et en a proposé le rejet.

Dans sa réplique du 22 octobre 2015, la recourante a répété ses griefs à l'encontre de l'OAI et requis l'audition de différents témoins. Elle a produit une attestation de son admission aux urgences le 18 octobre 2015 suite à une syncope.

Le 29 octobre 2015, elle a versé en cause le rapport médical du Dr T.\_\_\_\_\_ du Service des urgences du [...], qui diagnostiquait une syncope vaso-vagale, un probable méningiome calcifié frontal gauche et une suspicion de crise épileptique.

Dans sa détermination du 12 novembre 2015, l'OAI a estimé qu'il n'était pas utile de procéder à une nouvelle enquête à domicile, car son résultat ne permettrait dans tous les cas pas d'ouvrir un droit à une rente. En outre, il précisait que l'événement du 18 octobre 2015 était postérieur à la décision attaquée et n'avait, pour l'instant du moins, pas eu d'effets durables sur la capacité de travail de l'assurée ou son aptitude à effectuer des travaux ménagers.

Les arguments des parties seront repris ci-dessous dans la mesure utile.

### **E n d r o i t :**

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

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 al. 1 let. a LPA-VD).

**b)** En l'espèce, le recours a été interjeté dans le délai légal de trente jours (cf. art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions légales (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**2. a)** En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision, laquelle détermine l'objet de la contestation. 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 (cf. ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 ; 131 V 164 consid. 2.1 ; 130 V 138 consid. 2.1 ; 125 V 413 consid. 2c).

En outre, le juge n'a pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (ATF 138 IV 81 consid. 2.2 ; 134 I 83 consid. 4.1 et les arrêts cités).

**b)** Dans la décision contestée, l'OAI a refusé à la recourante le droit à des prestations d'assurance-invalidité, plus particulièrement le droit à une rente et à une mesure de reclassement. Dans la mesure où la recourante ne remet pas en question le refus d'une mesure de reclassement dans son recours, le présent litige porte seulement sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

**3.** En premier lieu, la recourante fait valoir des griefs d'ordre formel. Elle considère que la gestionnaire de dossier à l'origine du projet de décision a fait preuve d'a priori à son égard pendant l'instruction et que l'objectivité fait défaut dans la mesure où elle est restée en charge de la décision après le dépôt des objections. La recourante se prévaut par ailleurs de l'art. 5 let. b RLOAI (règlement d'application du 3 décembre 1993 de la loi du 14 septembre 1993 instituant l'office de l'assurance-invalidité pour le Canton de Vaud ; RSV 831.01.1), lequel confère au directeur de l'OAI la compétence de traiter avec les assurés, pour soutenir que la décision aurait dû être signée par le directeur. Enfin, elle invoque implicitement une violation de son droit d'être entendue dans la mesure où elle reproche à l'OAI de ne s'être prononcé sur aucun des éléments qu'elle a présentés dans ses objections.

**a)**

**aa)** La récusation en procédure administrative est réglée par l'art. 36 LPGA, qui prévoit que les personnes appelées à rendre ou à préparer des décisions sur des droits ou des obligations doivent se récuser

si elles ont un intérêt personnel dans l'affaire ou si, pour d'autres raisons, elles semblent prévenues (al. 1). Si la récusation est contestée, la décision est rendue par l'autorité de surveillance ; s'il s'agit de la récusation d'un membre d'un collège, la décision est rendue par le collège en l'absence de ce membre (al. 2).

Le droit à un procès équitable, ancré à l'art. 29 al. 1 Cst., permet notamment d'exiger la récusation des membres d'une autorité administrative dont la situation ou le comportement sont de nature à faire naître un doute sur leur indépendance ou leur impartialité ; il tend à éviter que des circonstances extérieures à l'affaire ne puissent influencer une décision en faveur ou au détriment de la personne concernée. La récusation peut s'imposer même si une prévention effective du membre de l'autorité visée n'est pas établie, car une disposition interne de sa part ne peut guère être prouvée ; il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle. Cependant, seules des circonstances constatées objectivement doivent être prises en considération ; les impressions purement individuelles d'une des personnes impliquées ne sont pas décisives (ATF 137 II 431 consid. 5.2 ; 127 I 196 consid. 2b ; 125 I 119 consid. 3b et réf. citées).

De manière générale, les dispositions sur la récusation sont moins sévères pour les membres des autorités administratives que pour les autorités judiciaires. Contrairement à l'art. 30 al. 1 Cst. applicable à la procédure judiciaire, l'art. 29 al. 1 Cst. n'impose pas l'indépendance et l'impartialité comme maxime d'organisation. En règle générale, les prises de positions qui s'inscrivent dans l'exercice normal des fonctions gouvernementales, administratives ou de gestion, ou dans les attributions normales de l'autorité partie à la procédure, ne permettent pas, dès lors que l'autorité s'exprime avec la réserve nécessaire, de conclure à l'apparence de la partialité et ne sauraient justifier une récusation, au risque sinon de vider de son sens la procédure administrative. Tel est plus particulièrement le cas lorsque l'autorité, dans le but d'inviter le justiciable à se déterminer dans le cadre de son droit d'être entendu, émet un avis provisoire sur le sort du litige (ATF 137 II 431 consid. 5.2 ; 125 I 119

consid. 3f ; voir également TF 2C\_831/2011 du 30 décembre 2011 consid. 3.2). De même, une partie ne peut pas justifier le devoir de récusation d'une personne au seul motif que cette personne a, dans une procédure antérieure, pris une décision à son détriment ou contribué à une prise de décision antérieure la concernant (cf. ATF 114 la 278 consid. 1 ; TF 2C\_794/2011 du 22 décembre 2011 consid. 3.2). Une autorité, ou l'un de ses membres, a en revanche le devoir de se récuser lorsqu'elle dispose d'un intérêt personnel dans l'affaire à traiter, qu'elle manifeste expressément son antipathie envers l'une des parties ou s'est forgée une opinion inébranlable avant même d'avoir pris connaissance de tous les faits pertinents de la cause (cf. art. 36 al. 1 LPGA et 10 PA [loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021]; voir TF 9C\_499/2013 du 20 février 2014 consid. 5.2 et réf. citées).

**bb)** En l'occurrence, s'agissant d'éventuels motifs de récusation à l'égard de la gestionnaire de dossier survenus en cours d'instruction, il appartenait à la recourante de les soulever en temps utile devant l'OAI (sur la notion « d'autorité de surveillance » de l'art. 36 al. 2 LPGA, cf. TF U 302/05 du 30 août 2006 consid. 3.2 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3<sup>e</sup> éd., 2015, ad art. 36 p. 518ss).

En outre, la LPGA et la LAI, de même que leurs dispositions d'application, n'imposent pas la récusation d'office de l'auteur d'un projet de décision en cas de contestation de cet acte. Au contraire, selon la jurisprudence, le seul fait d'émettre un avis provisoire sur le sort du litige n'est pas une circonstance de nature à fonder une apparence de prévention. Il n'y avait donc aucune raison justifiant que la gestionnaire de dossier se dessaisisse de l'affaire suite aux objections formulées par la recourante contre le projet de décision.

Pour le surplus, la recourante ne présente aucun motif objectif de récusation à l'encontre de la gestionnaire de dossier. Elle se contente d'affirmer que celle-ci a fait preuve d'a priori à son égard lors de l'instruction sans toutefois citer d'éléments concrets. Les pièces du dossier ne font par ailleurs pas ressortir de circonstances susceptibles de fonder

une apparence de prévention de la part de la gestionnaire de dossier. Ce grief doit dès lors être écarté.

**b)** S'agissant de la validité de la signature apposée sur la décision attaquée, il faut constater que ni la LPGA, ni la LAI, ni leurs dispositions d'application, y compris la législation cantonale, n'imposent un mode de signature particulier pour les décisions formelles. On ne saurait par ailleurs déduire de la teneur de l'art. 5 RLOAI que seul le directeur de l'OAI a qualité pour signer les décisions formelles. En effet, cette disposition a pour seul but de distinguer les attributions du directeur de l'OAI de celles du conseil de l'OAI. La Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité (CPAI) établie par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) renvoie à la Circulaire sur le contentieux dans l'AVS, l'AI, les APG et les PC (CCONT) pour ce qui concerne la signature de décisions et de communications (cf. ch. 3002 p. 59 CPAI [état au 1<sup>er</sup> janvier 2016]). La CCONT prévoit que la décision doit être, d'une manière générale, signée par la personne qui est habilitée à représenter l'organe d'exécution, étant précisé qu'on peut renoncer à cette signature s'il s'agit de décisions de cotisations établies sur des formules préimprimées ou à l'aide d'un ordinateur ou s'il s'agit de décisions concernant l'octroi de prestations d'assurance établies à l'aide d'un ordinateur (ch. 1007 CCONT [état le 1<sup>er</sup> avril 2013]). Cette réglementation a été jugée conforme à la loi et à la jurisprudence en matière de signature (ATF 112 V 87). Le Tribunal fédéral a laissé ouverte la question de savoir si l'inobservation d'instructions administratives qui exigent expressément une signature ne représente qu'une violation de prescriptions d'ordre ou si la validité de l'acte juridique est, par là, mise en question par principe, de la même manière que là où la loi exige non seulement la forme écrite, mais encore la signature (ATF 105 V 248 consid. 4b, in RCC 1980 p. 164). Quoi qu'il en soit, le défaut de la signature exigée ne conduit en principe pas à la nullité de la décision, mais tout au plus à son annulabilité (cf. ATF 138 II 501 consid. 3.1 et 131 V 483 consid. 2.3.1 ; TF 1P.330/2000 du 12 décembre 2000 consid. 3b, partiellement publié in ATF 127 I 44).

En l'occurrence, il n'y a pas lieu de douter que la gestionnaire de dossier en charge du cas de l'assurée était habilitée à signer la décision attaquée au nom de l'OAI au sens des circulaires précitées. Il faut de plus constater qu'elle a apposé sa signature manuscrite non seulement sur la décision du 4 août 2015, mais également sur la motivation qui l'accompagnait. Au demeurant, la recourante ne fait pas valoir qu'elle aurait subi un préjudice en relation avec la notification de cette décision (cf. ATF 122 I 97 consid. 3a/aa et TF U 68/02 du 14 avril 2003 consid. 1), si bien qu'il n'y a aucune raison de remettre en cause la validité de celle-ci.

**c)** S'agissant du fait que l'OAI ne s'est pas exprimé sur les objections formulées par la recourante au projet de décision du 16 avril 2015, il faut rappeler que les exigences de motivation découlant du droit d'être entendu, garanti à l'art. 29 al. 2 Cst., n'impliquent pas l'obligation pour l'autorité, respectivement le juge, d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais ceux-ci peuvent au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige. L'autorité qui rend la décision doit ainsi mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause (ATF 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 138 IV 81 consid. 2.2 ; 134 I 83 consid. 4.1 et les arrêts cités).

Or il faut constater que l'OAI a clairement exposé dans la décision attaquée les motifs qui l'ont conduit à nier le droit de l'assurée à une rente d'invalidité et qu'il n'avait pas l'obligation de confronter chacun des arguments avancés par celle-ci. On ne saurait dès lors y voir une violation du droit d'être entendu de la recourante.

**d)** En l'absence de vices formels, il convient de passer à l'examen matériel du cas et d'examiner si c'est à juste titre que l'OAI a refusé à la recourante le droit à une rente d'invalidité.

**4. a)** 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 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins (let. c).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008), la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité, un taux d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

**b)** Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGGA, 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.

Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

**c)** Lorsque la rente a été refusée une première fois parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]; ATF 130 V 71 consid. 2.2 ; 109 V 262 consid. 3). Cette exigence doit permettre à l'administration, qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 71 consid. 3.2.3 ; 125 V 410 consid. 2b ; 117 V 198 consid. 4b et les références).

Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impuissance rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue (ATF 109 V 108 consid. 2b ; 9C\_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 5.1 ; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2). Cela revient à examiner par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, 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, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 ; 130 V 71 consid. 3.2).

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. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain

ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5 et 125 V 368 consid. 2 ; TF 9C\_818/2015 du 22 mars 2016 consid. 2.2).

**5. a)** 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. 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 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C\_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et réf. cit.).

**b)** De manière générale, 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 8C\_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3 et 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 8C\_410/2014 précité consid. 3.3).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc ; TF 8C\_407/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (TF 8C\_407/2014 précité ; voir également TF 9C\_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3).

**c)** Il appartient avant tout aux médecins, et non aux spécialistes de l'orientation professionnelle, de se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré souffrant d'une atteinte à la santé et sur les éventuelles limitations résultant de celle-ci. Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b p. 20), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (TF 9C\_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1 et références citées).

**6.** La recourante invoque de nombreux arguments d'ordre formel à l'encontre de l'expertise réalisée par le N.\_\_\_\_\_.

**a)** Tout d'abord, elle remet en cause l'indépendance des médecins du N.\_\_\_\_\_ en raison des liens de cette institution avec l'OAI.

Dans l'ATF 137 V 210, le Tribunal fédéral a introduit le principe du hasard dans l'attribution des mandats d'expertise et estimé nécessaire d'améliorer les exigences de qualité et de contrôle des centres d'expertise et d'élargir les droits de participation des parties. L'art. 72<sup>bis</sup> RAI, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> mars 2012, prévoit désormais que les expertises pluridisciplinaires sont confiées, par le biais d'une attribution aléatoire des mandats, à des centres d'expertises médicales également appelés Centres d'observation médicale de l'AI (COMAI), qui sont liés à l'OFAS par convention cadre. Le N.\_\_\_\_\_ est l'un des six centres d'expertises de Suisse romande qui avait conclu un tel contrat avec l'OFAS en 2014 (cf. SuisseMED@P, Rapport 2014, p. 5). La recourante n'expose pas en quoi les garanties de procédure mises en place par l'ATF 137 V 210 n'auraient pas été respectées. En outre, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser que le fait qu'un médecin ou un COMAI se voit confier régulièrement des mandats d'expertise par un assureur social n'est pas un motif suffisant pour fonder un manque d'objectivité (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3).

**b)** La recourante estime que le délai de reddition de l'expertise a été trop long. La convention cadre qui lie l'OFAS aux différents centres d'expertise prévoit à son art. 6 let. b un délai calendaire de 110 jours pour l'établissement d'une expertise. Le manuel SuisseMED@P, qui fait partie intégrante de cette convention (cf. art. 2 de la convention), précise que ce délai commence à courir à réception du dossier par le COMAI et s'achève à la date d'envoi du rapport d'expertise à l'OAI. Il est vrai qu'en l'espèce, le délai de 110 jours a été dépassé, le N.\_\_\_\_\_ ayant reçu le dossier de l'assurée le 30 juillet 2014 et ayant rendu son rapport d'expertise le 20 mars 2015. La recourante ne peut toutefois tirer aucun argument de ce retard. D'une part, elle n'est pas partie à la convention, laquelle règle

expressément les conséquences du non-respect de ce délai par un COMAI et ne confère aucune compétence à la Cour des assurances sociales, mais réserve le règlement des litiges par le tribunal arbitral cantonal. D'autre part, la recourante ne démontre pas, dans le cas particulier, l'existence d'une perte d'informations consécutive à la durée du délai de reddition de l'expertise.

**c)** Rappelant son manque de maîtrise de la langue française, la recourante soutient que le rapport d'expertise ne permet pas de vérifier si un interprète a effectivement été présent et reproche au N. \_\_\_\_\_ d'avoir refusé que son mari l'accompagne lors des examens.

Selon la jurisprudence (cf. par exemple TF 9C\_262/2015 du 8 janvier 2016 consid. 5.1 ; 9C\_287/2012 du 18 septembre 2012 consid. 4.1), il appartient à l'expert, dans le cadre de l'exécution soigneuse de son mandat, de décider si l'examen médical doit être effectué dans la langue maternelle de l'assuré ou avec le concours d'un interprète ; le choix de l'interprète, ainsi que la question de savoir si, le cas échéant, certaines phases de l'instruction médicale doivent être exécutées en son absence pour des raisons objectives et personnelles, relèvent également de la décision de l'expert. Les Lignes directrices de qualité des expertises psychiatriques dans le domaine de l'Assurance-invalidité éditées par la Société suisse de psychiatrie et de psychothérapie (ci-après : les lignes directrices), qui font office de standard en la matière (cf. ATF 140 V 260 consid. 3.2.2), excluent en principe la présence de tiers durant une expertise psychiatrique, hormis celle d'un interprète professionnel (cf. ch. 3 p. 12ss des lignes directrices, dans leur version de février 2012). Le recours à des proches pour fonctionner en tant qu'interprète est en principe exclu (cf. ATF 140 V 260 consid. 3.2.4 et 3.3.1 ; lignes directrices p. 14).

En l'occurrence, un interprète a été sollicité par le N. \_\_\_\_\_ et a fonctionné à ce titre comme cela ressort du rapport d'expertise, qui mentionne la présence d'un traducteur sur la page de garde et indique dans la partie « Status psychique » (p. 16) comment la recourante a réagi

face à ce dernier. Certes, celle-ci a dans un premier temps exprimé de la réticence à l'égard de cet interprète, pour finalement l'accepter. L'absence de mention du nom de l'interprète et de son coût est sans incidence. Pour le surplus, la recourante n'a pas soulevé de motifs de récusation à son égard en temps voulu. Par ailleurs, elle ne fait pas la démonstration d'une erreur dans l'expertise résultant d'un problème de traduction.

Selon les lignes directrices, l'investigation proprement dite se déroule avec la personne expertisée seule, en dehors de cas exceptionnels dûment motivés. Dans le cas présent, l'exclusion du mari de la recourante s'imposait à l'évidence, que ce soit comme accompagnant ou interprète, en raison de l'influence consciente ou inconsciente qu'est susceptible d'exercer la présence d'un conjoint sur l'autre, de l'existence d'une éventuelle relation de dépendance et enfin du risque d'une traduction non objective ou orientée.

**d)** La recourante taxe les experts de partialité, mesquinerie et xénophobie. Selon la jurisprudence, un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité (cf. art. 10 al. 1 PA et 36 al. 1 LPGA). Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (ATF 132 V 93 consid. 7.1 et l'arrêt cité; TF 9C\_519/2011 du 5 avril 2012 consid. 3.1).

En l'espèce, la recourante ne fait état d'aucun élément objectif susceptible de remettre en cause la partialité des experts du N.\_\_\_\_\_, la seule mention des termes « une assurée égyptienne » ou d'un époux « compatriote égyptien » alors qu'elle a acquis la nationalité suisse n'est en l'espèce à l'évidence pas significative d'une prévention raciale. Il s'agit, replacée dans son contexte, d'une erreur rédactionnelle, au demeurant

sans conséquence sur la valeur de l'expertise. Il convient par conséquent d'écarter le grief soulevé par la recourante.

**e)** Celle-ci critique également l'absence d'informations quant à la séance interdisciplinaire des experts et à la relecture du rapport d'expertise. Ce qui est déterminant à cet égard c'est que la synthèse et la discussion soient présentes dans le rapport d'expertise (cf. consid. 5b supra sur les réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante). Les experts ne sont pas astreints à présenter un relevé temporel de leurs opérations et le fait que des informations détaillées à ce sujet ne figurent pas n'est pas susceptible de remettre en cause la valeur probante de l'expertise.

De même, le médecin en charge de la relecture n'intervient pas en qualité d'expert, de telle sorte que l'omission de son identité est sans conséquence.

S'agissant des griefs d'ordre rédactionnel soulevés par la recourante, ils sont sans pertinence, étant par ailleurs précisé qu'il est normal que le rapport d'expertise mette en évidence les déclarations de l'assurée puisqu'il doit tenir compte des plaintes de la personne examinée et décrire de manière détaillée le contexte médical.

**7.** Sur le fond, la recourante reproche à l'OAI de s'être basé sur les conclusions de l'expertise et de ne pas avoir pris en compte celles de ses médecins-traitants ni les résultats de ses stages professionnels. En l'occurrence, l'assurée ayant déposé une nouvelle demande de prestations AI, il s'agit de déterminer si son état de santé s'est aggravé depuis la dernière décision du 14 juin 2010, laquelle reposait, sur le plan somatique, sur l'examen clinique rhumatologique du SMR du 4 novembre 2009.

**a)** Contrairement à ce que la recourante invoque, il faut constater que l'expertise du N.\_\_\_\_\_ est concluante et répond aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. S'agissant en particulier des incohérences intrinsèques à l'expertise que la recourante

fait valoir, elles concernent les observations des experts en rapport avec son comportement lors de l'examen, lesquelles peuvent diverger sensiblement des plaintes qu'elle émet, sans que la valeur probante de l'expertise ne soit remise en cause.

**b)** Sur le plan somatique, il faut constater que dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations, l'assurée n'a produit aucun rapport d'un médecin rhumatologue ou neurologue attestant d'une aggravation de son état de santé. L'expertise retient le diagnostic de tendinopathie chronique du sus-épineux gauche et indique également la présence de dégénérescences discovertébrales lombaires, qui ne dépassent toutefois pas ce qu'on observe dans la norme chez des personnes asymptomatiques de son âge. La comparaison de l'expertise avec l'examen clinique du SMR de novembre 2009 ne révèle pas d'aggravation, ce que les experts constatent également. Le rapport de la fondation W.\_\_\_\_\_ est certes pessimiste. Il ne démontre cependant pas une incapacité de travail mais relève une diminution de rendement en raison des douleurs, lesquelles sont alléguées par la recourante mais pas objectivées par les responsables de stages. Leur seule observation sur ce point se rapporte à la tolérance de la position assise avec néanmoins la nécessité de se lever régulièrement. Or, parmi les limitations fonctionnelles énumérées dans le rapport SMR du 4 novembre 2009 figurait notamment le fait pour l'assurée de ne pas pouvoir rester assise plus d'une heure d'affilée. Dans le rapport d'expertise, les experts ont estimé que les discrets troubles dégénératifs lombaires ne permettaient pas de fixer une limitation fonctionnelle avec certitude et retenaient que la recourante devait si possible éviter les travaux physiquement lourds ou contraignants pour le dos. Il en résulte que l'état de santé de la recourante en relation avec ses lombalgies ne s'est pas aggravé, voire apparaît s'être amélioré en ce qui concerne les limitations fonctionnelles.

En ce qui concerne les céphalées dont la recourante se plaint, les experts retiennent que leur durée et leur fréquence ne justifient pas une incapacité de travail. Parmi les documents produits par l'assurée, seul le rapport médical du Dr X.\_\_\_\_\_ évoque une suspicion de migraine,

sans toutefois attester de la présence régulière de céphalées ou d'une incapacité de travail y relative. Il faut au contraire relever que lors de l'expertise, l'assurée a indiqué souffrir de céphalées à raison de plusieurs épisodes par mois, lesquelles étaient cependant bien calmées par un traitement d'Aspégic. En outre, cette atteinte à la santé n'est pas nouvelle. Les rapports médicaux des Dr R. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_ des 11 mai 2009 et 3 avril 2010, produits dans le cadre de la première demande de prestations AI, faisaient déjà état chez l'assurée de céphalées d'origine mixte, tensionnelle et migraineuse.

En mars 2013, un syndrome d'apnées obstructives du sommeil a été diagnostiqué chez l'assurée. Un traitement par appareillage n'a toutefois pas pu être mis en place en raison d'une sensation immédiate d'étouffement de nature « claustrophobique ». Il faut constater que les apnées du sommeil diagnostiquées sont de sévérité moyenne et que les rapports médicaux produits ne font pas état de conséquences fonctionnelles ni d'une diminution de la capacité de travail consécutive à celles-ci. Dans son recours, l'assurée fait valoir qu'elle souffre d'une fatigue importante qui influe sur sa capacité de travail et l'oblige à faire la sieste. Aucun document médical n'a toutefois été produit à ce sujet. De plus, on peut rappeler à la recourante son obligation de réduire le dommage, laquelle implique l'obligation de se soumettre aux traitements médicaux existants. En effet, selon la jurisprudence (ATF 113 V 28 consid. 4a et les références ; TF I 404/05 du 19 septembre 2006 consid. 7), le principe de la réadaptation par soi-même exige de l'assuré qu'il entreprenne de lui-même tout ce qui est convenable pour améliorer sa capacité de gain, en premier lieu par l'épuisement de toutes les possibilités de traitements.

Le rapport médical du 18 octobre 2015 est quant à lui irrecevable dans le cadre de la présente procédure puisqu'il se rapporte à des faits postérieurs à la décision attaquée et ne comporte aucune mention d'une atteinte incapacitante antérieure à cette décision. En effet, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant

au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative, à moins d'être étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C\_899/2013 du 24 février 2014 consid. 4.3), ce qui n'est pas le cas en l'occurrence.

**b)** Sur le plan psychique, à l'exception du trouble obsessionnel compulsif, l'expertise décrit, parfois sous une formulation différente, les mêmes plaintes et relations d'événements par la recourante que le rapport de la Dresse J.\_\_\_\_\_, mais aboutit à des diagnostics différents. L'expert pose celui d'accentuation de traits de la personnalité, notamment dépendante, là où le psychiatre traitant diagnostique un trouble de la personnalité dépendante. La Dresse J.\_\_\_\_\_ pose le diagnostic de phobie sociale et de claustrophobie, se référant à des crises d'angoisse à type d'attaque de panique avec phénomène de dépersonnalisation. Des épisodes de crises de panique sont également mentionnés par le Dr X.\_\_\_\_\_ et la physiothérapeute H.\_\_\_\_\_ dans leurs rapports médicaux. L'expert, quant à lui, retient un état anxieux d'intensité légère, fluctuante en lieu et place de la phobie sociale et de la claustrophobie, en expliquant que s'il existe certaines manifestations neurovégétatives, elles ne revêtent pas les caractéristiques de véritables crises de panique. Selon lui, l'évitement social n'est pas significatif d'une véritable phobie sociale, ni d'inhibition de principe mais la résultante du contexte socio-culturel. S'agissant du trouble obsessionnel compulsif, l'expert ne l'a selon toute évidence pas observé à la faveur de son examen, ni d'ailleurs les responsables du stage aux W.\_\_\_\_\_. La Dresse J.\_\_\_\_\_ mentionne à ce sujet que l'assurée lui a signalé des rituels de lavage avec plusieurs épisodes dans la journée. A priori, même avérée, cette affection ne serait pas incapacitante vu sa nature.

Cela étant, les diagnostics du médecin traitant et de l'expert ne s'avèrent pas contradictoires. Il s'agit simplement de l'appréciation, différente, exprimée en termes de diagnostic, d'une situation identique.

Enfin, le psychiatre traitant ne fait aucune mention d'une incapacité de travail en relation avec les diagnostics posés. Elle se réfère uniquement au contenu du rapport de stage, selon lequel l'assurée pourrait exercer une activité à 40 % dans un atelier adapté. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expert, à savoir que la recourante ne présente aucune incapacité de travail psychique.

**c)** L'expertise mentionne en outre l'existence d'une fibromyalgie, précisant que l'assurée présente tous les points de cette maladie. Les experts retiennent ainsi le diagnostic, non incapacitant, de fibromyalgie dans le cadre d'un trouble somatoforme. Ils précisent cependant que ce diagnostic n'est pas évident en raison de l'absence d'annonce de douleurs diffuses intéressant autant la ceinture scapulaire que pelvienne.

**aa)** Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 p. 291 ss et 3.5 p. 294) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4 p. 296). Il a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux – respectivement d'une affection psychosomatique comparable – au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins,

de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact.

**bb)** En l'occurrence, l'expertise met en évidence une discordance entre les plaintes annoncées et l'absence de difficulté apparente à la mobilisation du membre supérieur gauche ainsi que l'absence de comportement algique spontané. L'expert en médecine interne relève en outre clairement le manque de collaboration de la recourante, précisant que celle-ci procède à des blocages antalgiques, par moments à des lâchages, mouvements de retrait, grimaces et interposition de ses mains sous la main de l'expert. L'assurée est décrite comme collaborante, mais assez démonstrative par l'expert neurologique. Celui-ci estime que les différentes plaintes de la patiente restent de signification très douteuse sur le plan fonctionnel. Il précise que l'examen des capacités fonctionnelles corrobore l'impression clinique, à savoir que la recourante présente des autolimitations ainsi qu'une tendance à surcharger ses plaintes et qu'il existe une discordance entre les capacités fonctionnelles résiduelles qu'elle mentionne et la réalité objective.

L'ensemble de ces éléments plaide en faveur d'un motif d'exclusion au sens de la jurisprudence (cf. consid. 2.2 de l'ATF 141 V 281). Dès lors, il se justifie de suivre les conclusions de l'expertise, selon lesquelles le diagnostic de fibromyalgie, respectivement de trouble somatoforme douloureux, n'a pas un caractère invalidant.

**d)** Au vu de ce qui précède, on ne saurait reprocher à l'OAI d'avoir suivi les conclusions de l'expertise, étant rappelé que les facteurs psycho-sociaux ou socio-culturels ne relèvent pas de l'assurance-invalidité et ne peuvent justifier une incapacité de travail au sens de cette assurance sociale (TF 9C\_700/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.2.4.3 et la référence).

**8.** Finalement, la recourante revient sur les conclusions de l'enquête ménagère, invoquant ne pas être capable d'effectuer les tâches du ménage, lesquelles sont prises en charge par son mari, ses enfants ainsi qu'une aide-ménagère. A noter que lors de l'enquête réalisée le 29 mars 2010, la recourante bénéficiait déjà d'une aide-ménagère du Centre médico-social (CMS) à raison de deux heures par semaine depuis octobre 2009 (cf. p. 5 du rapport d'Enquête économique sur le ménage). Il faut constater que la recourante ne fait valoir aucun élément nouveau depuis la décision du 14 juin 2010 et reprend au contraire pour l'essentiel la même argumentation que celle qu'elle avait présentée contre le projet de décision négative du 22 avril 2010. Au demeurant, il n'y a aucune raison de remettre en cause les conclusions de cette enquête (sur la valeur probante d'un rapport d'enquête ménagère, cf. ATF 128 V 93). Les experts se sont par ailleurs prononcés en connaissance de ce rapport d'enquête (cf. p. 2, 6 et 7 du rapport d'expertise), l'ont mis en relation avec les déclarations de l'expertisée (cf. p. 11 de l'expertise) et admettent également une incapacité dans les activités ménagères à hauteur de 30 %.

A ces éléments s'ajoute également le fait qu'au titre de son obligation de réduire le dommage, la personne assurée est notamment tenue d'adopter une méthode de travail adéquate, de répartir son travail en conséquence et de demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 ; TF 9C\_925/2013 du 1<sup>er</sup> avril 2014 consid. 2.3 et les références). Cela est d'autant plus exigible dans la situation de la recourante que son mari et ses enfants vivent sous le même toit et que ces derniers sont devenus plus autonomes.

**9. a)** En conclusion, c'est à juste titre que l'OAI a rejeté la nouvelle demande de rente d'invalidité déposée par l'assurée.

**b)** Le dossier étant complet, permettant ainsi à la présente autorité de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise ni d'entendre des témoins. En effet, de telles mesures

d'instruction ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (sur l'appréciation anticipée des preuves cf. ATF 137 III 208 consid. 2.2 p. 210 ; ATF 135 II 286 consid. 5.1 p. 293 ; ATF 134 I 140 consid. 5.2 p. 147 s.; ATF 130 II 425 consid. 2.1 p. 429).

**10. a)** En conséquence, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'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<sup>bis</sup> LAI). En l'espèce, les frais de procédure doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'elle a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, limitée à la dispense des frais judiciaires et aux avances de ceux-ci, ce montant de 400 fr. est laissé provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires. Celle-ci est en effet tenue au remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

**c)** Enfin, la recourante n'obtenant pas gain de cause, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, celle-ci ayant au demeurant agi sans l'aide d'un mandataire professionnel (61 let. g LPGA et art. 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

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

**prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 4 août 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 et provisoirement supportés par l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Mme Z. \_\_\_\_\_,
- 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 :