

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 janvier 2017

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente

Mmes Röthenbacher et Pasche, juges

Greffier : M. Grob

Cause pendante entre :

T. _____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Olivier Carré,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1, 16, 17 al. 1 et 43 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 87 al. 1 RAI

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1958, ressortissante bosniaque au bénéfice d'un permis F, divorcée et mère de trois enfants nés en 1982, 1983 et 1991, est femme au foyer et ne dispose d'aucune formation professionnelle. Le 4 juin 2009, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Selon un questionnaire complété le 1^{er} juillet 2009, l'assurée a indiqué à l'OAI que si elle était en bonne santé, elle travaillerait à un taux d'activité de 25% en plus de la tenue de son ménage, par nécessité financière et intérêt personnel.

Dans un rapport indexé par l'OAI le 12 octobre 2009, les Drs Y._____ et G._____, tous deux spécialistes en médecine interne générale, respectivement chef de clinique et médecin assistant à la Policlinique M._____, qui ont traité l'assurée du 1^{er} avril au 30 septembre 2009, ont diagnostiqué chez leur patiente, avec effet sur sa capacité de travail, une fibromyalgie depuis 2001 et des lombalgies chroniques sur minime hernie discale L5-S1 luxée vers le bas et venant en contact de la racine L5 gauche depuis 2007. Ils ont indiqué comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail notamment un syndrome métabolique (avec diabète de type 2 insulino-traité depuis octobre 2007, hypertension artérielle traitée, hyperlipidémie mixte et obésité de stade 1), une suspicion de stéatose non alcoolique, une colopathie fonctionnelle et un état anxio-dépressif. Ils ont décrit des lombalgies sans irradiation, non déficitaires, répondant à un traitement antalgique et ont exposé que l'activité de femme au foyer était encore exigible à 50%. S'agissant des limitations fonctionnelles, lesquelles étaient valables dès le 1^{er} avril 2009, ils ont indiqué que l'intéressée pouvait pratiquer des activités uniquement en position assise à raison de 5 heures par jour avec une performance de 100%, des activités uniquement en position debout à raison de 3 heures par jour avec une performance de 50% et des activités principalement en

marchant à raison de 5 heures par jour avec une performance de 50%. Elle pouvait également se pencher, travailler avec les bras au-dessus de la tête, effectuer des rotations en position assise/position debout, soulever et porter des charges limitées à 15 kg et monter des escaliers à raison de 5 heures par jour avec une performance de 50%. Ils ont encore indiqué que l'assurée ne pouvait pas exercer d'activité en étant accroupie ou à genoux, ni ne pouvait monter sur une échelle ou un échafaudage. Sa capacité de concentration n'était pas limitée, au contraire de ses capacités de compréhension en raison de la barrière linguistique, d'adaptation en raison d'une intégration difficile et de résistance en raison d'une exacerbation de la symptomatologie. En annexe à ce document, figurait notamment un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) de la colonne dorsolombaire et sacrée de l'intéressée du 20 février 2007, concluant à une minime hernie discale en L5 à S1 luxée vers le bas venant en contact de la racine L5 à gauche et déplaçant l'émergence de la racine S1 gauche, ainsi qu'à un probable hémangiome en D9.

Une enquête économique sur le ménage a été réalisée le 10 février 2010. Dans son rapport y relatif du même jour, l'enquêtrice de l'OAI a retenu que l'assurée présentait une invalidité de 19,4% pour la tenue de son ménage.

Une expertise médicale rhumatologique et psychiatrique de l'assurée a été mise en œuvre et confiée aux Drs C._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et V._____, spécialiste en pathologie et en psychiatrie et psychothérapie. Cette expertise a été réalisée sur la base d'un examen clinique de l'intéressée en présence d'un interprète pratiqué par chacun de ces praticiens et des documents médicaux au dossier. Dans leur rapport y relatif du 5 mai 2010, ces experts, après avoir relaté l'anamnèse et décrit les plaintes de l'assurée ainsi que le status clinique, ont posé les diagnostics suivants, apprécié le cas et répondu aux questions qui leur ont été posées en ces termes :

« DIAGNOSTICS

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

- **AUCUN Z71.1**

Diagnostic(s) sans répercussion sur la capacité de travail

- **DIFFICULTÉS LIÉES À L'ACCULTURATION Z60.3.**
- **FIBROMYALGIE SELON CRITÈRES ACR 1990 AVEC POINTS (SMYTHE) TOUS PRÉSENTS.**
- **SYNDROME MÉTABOLIQUE AVEC DIABÈTE DE TYPE II INSULINO-REQUÉRANT DEPUIS 2007, HYPERTENSION ARTÉRIELLE, HYPERLIPIDÉMIE TRAITÉES ET OBÉSITÉ DE STADE I**
- **PROBABLE ZONA DE LA CUISSE ET DE LA FESSE GAUCHE[S]**
- **STATUS APRÈS OVARIECTOMIE BILATÉRALE EN 2003 EN RAISON D'UN CYSTADÉNOME MUQUEUX DE L'OVAIRE GAUCHE**

APPRÉCIATION DU CAS ET PRONOSTIC

Il s'agit d'une assurée âgée de 52 ans, bosniaque établie en Suisse depuis 1998. Au bénéfice de 8 ans de scolarité, elle n'a pas exercé d'activité professionnelle lucrative durant son existence, ayant toujours été au foyer. Divorcée et mère de 3 enfants, elle est prise en charge par Appartenances et est soutenue par l'EVAM [Etablissement vaudois d'aide aux migrants] pour assurer sa subsistance. Actuellement elle vit seule à domicile avec son dernier fils né en 1990.

Sur le plan rhumatologique

Depuis qu'elle vit en Suisse, l'assurée rapporte un statut de ménagère. Elle a déposé une demande de prestations auprès de l'AI, semble-t-il sous les recommandations des services sociaux en raison d'une atteinte à la santé caractérisée par un tableau douloureux ubiquitaire. L'assurée avait toujours joui d'une bonne santé habituelle d'un point de vue somatique jusqu'en 1996, date où elle indique subjectivement l'apparition de lombalgies après avoir été exposée à l'explosion d'un obus, selon les dires de l'assurée. Elle a ensuite été évaluée auprès du Service de Rhumatologie du Centre hospitalier L. _____ en 2001, en raison de ses lombalgies, où une étiologie non spécifique avait été retenue sous la forme d'un diagnostic de lombalgies chroniques avec pseudo-sciatalgies du membre inférieur gauche, il e (sic) par ailleurs été également évoqué un diagnostic de talalgies gauches mécaniques et un traitement physiothérapeutique lui avait été proposé. Par la suite, l'assurée a été prise en charge par la Polyclinique M. _____ du Centre hospitalier L. _____, en raison du développement d'un syndrome métabolique sous forme d'un diabète de type II, diagnostiqué en 2004 nécessitant un traitement d'insuline depuis 2007 parallèlement à une HTA [hypertension artérielle] et une hyperlipidémie mixte et une obésité de stade I. Parallèlement à ce syndrome métabolique, le tableau douloureux présenté par l'assurée qui [ne] concernait initialement que le rachis lombaire s'est étendu

« en tâche d'huile » à l'intégralité de son rachis puis il a commencé également à s'étendre aux autres parties de son squelette pour devenir véritablement ubiquitaire d'après les aveux mêmes de l'assurée. Ainsi dans le rapport médical AI rempli par la Polyclinique M. _____ du Centre hospitalier L. _____ en date du 13 septembre 2009, il a été évoqué un diagnostic de « fibromyalgie », chez une assurée se plaignant de douleurs diffuses entraînant selon les dires de l'assurée une limitation dans les tâches de la vie quotidienne, toutefois l'examen clinique décrit par les médecins de la Polyclinique M. _____, était tout à fait rassurant et il n'a pas montré de syndrome rachidien et aucune limitation fonctionnelle d'après le rapport du Dr G. _____, médecin assistant à la Polyclinique M. _____.

Concernant ses lombalgies, l'assurée a bénéficié de la pratique d'une IRM dorso-lombo-sacrée en février 2007 au Centre hospitalier L. _____, examen qui a révélé une minime hernie discale L5-S1 luxée vers le bas d'après le rapport d'interprétation, cet examen n'était pas disponible lors de l'expertise (clichés probablement perdus).

Du point de vue thérapeutique, en raison de son syndrome douloureux ubiquitaire, l'assurée a bénéficié d'un traitement d'antalgiques de niveau I et II, et elle a également reçu moult séances de physiothérapie qui n'auraient pas conduit à une amélioration notable de la situation algique. D'après le rapport de la Polyclinique M. _____ du Centre hospitalier L. _____, il était indiqué que la symptomatologie douloureuse semblait « cristallisée autour du dos » et compte tenu de l'évolution peu favorable depuis 8 ans, ces confrères de la Polyclinique M. _____ ont émis des réserves quant à une amélioration manifeste de l'état de santé de l'assurée dans le futur. Elle n'a pas eu d'autres investigations rhumatologiques, mais des radiographies ont été faites en 2009. Subjectivement, l'assurée rapporte des douleurs véritablement ubiquitaires de la tête aux pieds sans aucune modulation par le nyctémère ni même lors des changements de positions ni même lors du décubitus dorsal. Enfin, elle rapporte un sommeil non réparateur et un état de fatigue chronique et permanent. Elle signale en outre l'absence de réponse thérapeutique à toutes les médications et à toutes les séances de physiothérapie qu'elle a déjà pu recevoir. Qui plus est, l'assurée se considère comme invalide, elle pense qu'elle ne serait pas en mesure de travailler ou même de continuer à réaliser ses tâches de la vie quotidienne puisqu'elle doit se faire aider passablement par son fils cadet.

Objectivement, d'un point de vue somatique, nous sommes confrontés à une assurée en état général conservé, qui présente un probable zona aigu au niveau de la cuisse et de la fesse gauche[s]. Pour le reste de l'examen de médecine interne, on constate une obésité de classe I avec ptose abdominale, sinon l'examen de médecine interne peut être considéré comme dans les limites de la norme hormis une valeur tensionnelle à la limite supérieure. Pour ce qui est de l'examen ostéo-articulaire, force est de constater l'absence de limitations fonctionnelles au niveau rachidien avec une mobilité supranormale avec notamment un index de Schober à 10/16 cm et une distance doigts-sol à 0 cm, l'absence de troubles statiques, et enfin aucune limitation de la mobilité articulaire. Les

signes comportementaux de Waddell sont en revanche tous présents. L'examen ostéo-articulaire périphérique ne montre sinon aucune limitation de la mobilité, aucun signe d'arthrite ou de ténosynovite, avec une assurée qui rapporte par ailleurs des points de fibromyalgie (Smythe) tous douloureux à la palpation.

Le bilan paraclinique radiologique disponible lors de l'expertise notamment les radiographies du pied droit réalisées le 9 juin 2009 révèlent essentiellement de légères enthésopathies et de légers enthésophytes au niveau du talon enfin une radiographie lombaire de face faite en octobre 2009 a montré une légère ostéophytose latérale prédominante du côté droit surtout en L3-L4 et en L4-L5 sans autre anomalie.

Dans ces conditions, on peut estimer que d'un point de vue rhumatologique, l'assurée présente un tableau clinique qui correspond à une fibromyalgie selon les critères de l'ACR (American College of Rheumatology) de 1990, c'est-à-dire un syndrome douloureux ubiquitaire accompagné de troubles fonctionnels comme des troubles du sommeil, un état de fatigue, en présence de 18 points sur 18 de Smythe douloureux à la palpation avec des allégations de symptômes douloureux diffus, sans explication convaincante quant à l'origine de ses douleurs diffuses. En effet, les analyses biologiques qui ont été réalisées à la Polyclinique M. _____ et les radiographies qui ont été faites en 2009 ne permettent pas de retenir une hypothèse alternative pouvant expliquer les douleurs ubiquitaires alléguées par l'assurée. L'existence sur une IRM lombaire faite en 2007 d'une « minime hernie discale L5-S1 » n'a donc actuellement aucune répercussion clinique, puisque la mobilité rachidienne de l'assurée est donc supranormale par rapport à une population de sujets contrôles du même âge. Qui plus est, il n'y a pas d'anomalie au niveau du status neurologique, qui en effet ne montre pas de Lasègue (aucun signe irritatif) et aucun trouble sensitivomoteur au niveau des membres inférieurs. Des investigations complémentaires ne me paraissent actuellement pas justifiées d'un point de vue rhumatologique.

En ne prenant en compte que la problématique somatique et rhumatologique, sans tenir compte de l'intensité des douleurs qui est un élément manifestement subjectif et qui ne peut donc pas être intégré dans l'estimation de sa capacité de travail, on peut juger que Mme T. _____ a une **capacité de travail qui est complète dans son activité de ménagère** comme dans un statut d'active, ceci dans toute activité compte tenu de l'absence de limitations fonctionnelles découlant de son atteinte à la santé somatique.

Face aux documents médicaux présents dans le dossier :

- **Le rapport de consultation du Service de Rhumatologie du Centre hospitalier L. _____ du 17 août 2001 :** dans ce rapport, les rhumatologues du Centre hospitalier L. _____ avaient retenu un diagnostic de lombalgies chroniques non spécifiques avec pseudo-sciatalgies du membre inférieur gauche et une talalgie gauche mécanique. Il avait déjà été constaté à l'époque l'existence de signes comportementaux de Waddell avec une mobilité rachidienne qui était somme toute que très peu limitée avec un Schober lombaire à 10/14

cm et une distance doigts-sol à 15 cm, enfin l'examen neurologique était sans particularité puisque la manœuvre de Lasègue [n']était positive qu'au-dessus de 60°, ce qui ne peut pas être considéré comme significatif.

- **Le rapport de la Policlinique M. _____ daté du 13 septembre 2009 :** pour ce qui est de la problématique somatique et notamment rhumatologique, ces confrères de la Policlinique M. _____ ont constaté qu'il n'y avait au status pas de limitation fonctionnelle avec une distance doigts-sol à 0 cm, un Schober lombaire à 10/15 cm et enfin d'après leurs propres dires, l'imagerie lombaire IRM réalisée en 2007 n'apportait pas d'explication supplémentaire sur les plaintes de la patiente.

Sur le plan psychiatrique

L'assurée a une anamnèse familiale vierge, hormis un frère qui a consommé de l'alcool à la suite d'une amputation survenue durant la guerre. Sur le plan personnel, l'assurée n'a aucun antécédent. Elle n'a jamais eu de suivi psychiatrique ni reçu de prescription psychotrope. Son arrivée en Suisse est motivée par des difficultés psychosociales (départ du mari avec sa meilleure amie, laissant l'intéressée sans revenu avec deux fils). En Suisse elle se plaint de solitude, du fait qu'elle ne puisse pas rentrer en Bosnie en raison d'un permis F et que l'éducation de ses enfants est difficile en se trouvant mère seule. Dans un contexte de difficultés relationnelles avec ses enfants, elle élabore en 2006 des pensées suicidaires sous forme de défenestration ou d'accident de circulation sans jamais avoir commis de tentamen.

A l'examen de ce jour, il s'agit d'une femme de bonne constitution psychique, dont les capacités intellectuelles sont bien présentes. Le tableau frappe par la mauvaise intégration à l'existence en Suisse, l'assurée ne parlant pas le français, ayant gardé ses habitudes locales et ne fréquentant presque exclusivement [que] des gens issus de son pays. Par ailleurs, l'examen de ce jour ne met en évidence aucune atteinte psychiatrique à la santé ; il n'y a, notamment, aucun signe de dépression au sens des classifications internationales.

A ce titre, l'assurée a une exigibilité professionnelle psychiatrique de 100%, qu'elle soit considérée comme active ainsi que comme ménagère.

Face aux documents médicaux adressés :

Étant donné qu'aucune atteinte psychiatrique n'est signalée dans les rapports inclus dans les dossiers, il n'y a pas de positionnement psychiatrique à formuler.

Face à la notion de fibromyalgie observée ce jour et déjà mentionnée dans le rapport médical des Drs G. _____ et Y. _____ reçu le 12.10.2009, l'appréciation des critères jurisprudentiels de gravité est évalué comme suit : l'assurée n'a pas de comorbidité psychiatrique et les affections corporelles chroniques décrites dans le versant somatique de cet examen n'ont pas de caractère

incapacitant. Le processus maladif est difficilement objectivable, l'assurée n'ayant montré aucun signe de douleur durant l'examen psychiatrique. Elle se plaint toutefois de douleurs chroniques depuis plusieurs années sans rémission durable. Il n'y a pas de perte d'intégration sociale, mais une restriction presque exclusive aux gens de son ethnie. Le processus défectueux de résolution de conflit est expliqué par l'assurée par le fait qu'elle risque de perdre son appartement si elle n'exerce pas d'activité professionnelle à moins qu'elle ne soit considérée comme invalide. Les traitements conformes aux règles de l'art sont perçus comme peu efficaces et il n'y a pas de signe de non-coopération.

En conséquence, l'examen des critères jurisprudentiels ne met pas en évidence d'élément à même de réduire l'exigibilité professionnelle de l'intéressée.

QUANT AUX REPONSES AUX QUESTIONS POSEES DANS VOTRE DEMANDE D'EXPERTISE DU 18.2.2010 :

A. QUESTIONS CLINIQUES

Cf. rapport d'expertise ci-dessus.

B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

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

Sur le plan physique et somatique

L'assurée ne présente pas de limitation fonctionnelle somatique sur la base de l'examen ostéo-articulaire, neurologique et de médecine interne qui sont dans les limites de la norme, hormis l'existence d'une obésité de classe I et la présence d'un zona aigu de la cuisse et de la fesse gauche[s], entité nosologique dont le pronostic est favorable, car le zona est une maladie virale qui tend à une guérison rapide. Son diabète bien qu'insulino-requérant paraît bien contrôlé et elle est suivie à la Polyclinique M._____, et selon le rapport de son médecin traitant, il n'y aurait pas de complication liée à son diabète.

Sur le plan psychique et mental

Aucune.

Sur le plan social

Défect d'intégration à l'existence en Suisse.

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

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

Sur le plan physique et somatique

Aucunement.

Sur le plan psychique et mental

Étant donné que l'assurée n'a jamais exercé d'activité professionnelle lucrative, la seule activité exercée jusqu'ici a été de ménagère. Son état de santé ne motive aucune limitation à cette activité.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail ?

Elle est totale dans toute activité comme elle l'a toujours été.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ?

Oui à 100 % comme ménagère.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ?

Non, actuellement son diabète semble bien compensé, d'ailleurs il n'y aurait d'après les dires de la Polyclinique M._____ du Centre hospitalier L._____ pas de complication liée à son diabète ; ainsi ce diagnostic avait été retenu comme un diagnostic sans effet sur la capacité de travail par nos confrères de la Polyclinique M._____.

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

Aucune incapacité de travail n'a été retenue chez cette assurée.

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

Il est resté inchangé à 0 %.

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

Oui totalement.

C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE

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

Théoriquement oui, puisque l'assurée n'a pas de limitation fonctionnelle somatique, mais il faudra tenir compte du fait qu'elle ne s'exprime aucunement en langue française et qu'elle ne parle que le bosniaque. En outre, elle ne dispose d'aucune formation professionnelle certifiée, qui plus est, elle ne semble pas réellement motivée à suivre une formation professionnelle.

Sur le plan psychiatrique, théoriquement oui ; l'assurée a la possibilité de s'habituer à un rythme de travail, elle peut s'intégrer dans le tissu social (si l'on ne tient pas compte de l'acculturation [sic]) et mobiliser des ressources existantes. Étant donné qu'elle n'a jamais travaillé ni eu l'intention d'exercer une activité professionnelle, la motivation n'en est pas certaine.

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

2.1 Si oui par quelles mesures ?

Aucune ; cette assurée n'exerce aucune activité professionnelle. Il faudra toutefois poursuivre le traitement habituel de son diabète et des autres comorbidités de son syndrome métabolique, qui n'ont toutefois pas de caractère incapacitant.

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

Oui, toutes les activités peuvent être réalisées par l'assurée puisqu'il n'y a pas de critère limitatif.

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

Aucun critère médical n'est à satisfaire.

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée ?

A plein temps.

3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ?

Non.

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

Sans objet. ».

L'OAI a soumis le cas de l'assurée à son Service médical régional (SMR). Dans ce cadre, le Dr [...], spécialiste en médecine interne générale, a établi un rapport le 29 juin 2010 dans lequel il n'a retenu aucune atteinte principale à la santé de l'intéressée, mentionnant comme facteurs/diagnostics associés non incapacitants une fibromyalgie, un syndrome métabolique avec diabète insulino-requérant, une hypertension artérielle et un status après ovariectomie bilatérale pour cystadénome

mucineux de l'ovaire gauche en 2003. Il a retenu que l'assurée était sans activité habituelle et disposait d'une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, lesquelles concernaient uniquement le diabète, soit respecter des horaires réguliers et éviter le travail de nuit. Il a explicité son avis comme suit :

« Cette assurée âgée de 51 ans, originaire de Bosnie, en Suisse depuis 1998, au bénéfice d'un permis F, sans formation professionnelle, n'a, selon les CI [comptes individuels AVS], quasiment pas travaillé en Suisse. Elle n'avait d'ailleurs pas non plus travaillé dans son pays. Elle est suivie à la Polyclinique M. _____, où la CT [capacité de travail] est jugée très limitée, même dans les tâches ménagères. Les atteintes à la santé figurent en page 1 de ce rapport, et on[t] fait l'objet d'une expertise approfondie, étayée et réalisée avec l'aide d'un traducteur. Ladite expertise permet d'admettre l'absence d'affection jugée incapacitante de façon prolongée au sens de l'AI. En effet, le syndrome métabolique ne présente actuellement pas de complication justifiant des limitations fonctionnelles autres que celles habituellement recommandées pour le diabète insulino-requérant. L'assurée présente un tableau de fibromyalgie, répondant aux critères classiques. Une petite hernie discale L5-S1 luxée vers le bas a été documentée par IRM en 2007, mais les clichés ne sont pas disponibles (perdus ?) ; l'examen clinique ne révèle aucun signe neurologique pour une irritation du nerf sciatique, il n'y a pas de syndrome lombo-vertébral et on ne peut ainsi incriminer cette petite hernie discale dans le processus douloureux. Au plan psychiatrique, aucune affection atteignant le seuil diagnostique n'a été mise en avant. Ainsi, on ne peut retenir de diminution de la CT : il n'y a pas d'affection somatique incapacitante, il n'y a pas de co-morbidité psychiatrique, le processus maladif est difficilement objectivable, il n'y a pas de perte d'intégration sociale manifeste, mais plutôt une difficulté d'intégration (barrière linguistique, etc) avec [des] relations limitées aux gens de son ethnie. ».

Par décision du 27 octobre 2010, confirmant intégralement un projet du 17 septembre 2010, l'OAI a nié à l'assurée le droit à des prestations, considérant qu'elle ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante et était capable d'exercer à plein temps toute activité lucrative adaptée ne nécessitant aucune formation spécifique au préalable.

B. Le 29 mai 2013, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI.

Par communication du 30 mai 2013, l'OAI a imparti à l'assurée un délai de 30 jours pour produire un rapport médical détaillé ou tout autre élément propre à constituer un motif de révision.

Dans un projet de décision du 30 juillet 2013, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de ne pas entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations, au motif qu'elle n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision.

Le 31 août 2013, l'assuré a formulé des objections au projet précité, exposant en substance être dans l'attente de rapports médicaux.

Le 15 octobre 2013, l'assurée a transmis à l'OAI divers documents médicaux, soit notamment :

- un rapport du 12 septembre 2012 des Drs P._____, spécialiste en endocrinologie-diabétologie et N._____, spécialiste en médecine interne générale, relatif à des consultations des 8 décembre 2011, 29 février, 4 juin et 31 août 2012, qui ont posé les diagnostics de syndrome métabolique (avec diabète de type 2, obésité de classe 1, hypertension artérielle et dyslipidémie), de probable stéato-hépatite non alcoolique, d'hypovitaminose D substituée, d'état anxio-dépressif, de lombalgies chroniques, de colopathie fonctionnelle et de fibromyalgie ;
- un rapport d'IRM hépatique du 22 août 2013, concluant à des signes de cirrhose sans lésion focale du parenchyme hépatique visualisées et à une stéatose hépatique mesurée à 8% selon la méthode de Dixon ;
- un rapport du 5 septembre 2013 des Drs Z._____, Q._____, tous deux spécialistes en médecine interne générale et en gastroentérologie, et S._____, spécialiste en médecine interne générale, relatif à des consultations des 25 juillet et 27 août 2013, qui ont notamment posé le diagnostic de cirrhose Child A5 sur probable stéato-

hépatite non alcoolique dans le cadre d'un syndrome métabolique avec obésité de grade 1, dyslipidémie, hypertension artérielle essentielle, diabète de type 2 insulino-requérant et hypertension portale avec hypersplénisme, et ont discuté les cas en ces termes :

« Nous effectuons une nouvelle ultrasonographie de l'abdomen qui montre une hépatomégalie stéatosique associée à un dysmorphisme compatible avec une cirrhose, sans lésion focale suspecte. On retrouve de multiples lésions hyperéchogènes du foie gauche et droit compatibles avec des hémangiomes préalablement mis en évidence par un US [ultra-son] en 2012 et janvier 2013. Cet examen confirme également la présence d'une splénomégalie sans autre signe en faveur d'une hypertension portale. Au vu d'une visibilité modérée en raison du morphotype et de surprojections aériques, nous complétons le bilan par une IRM hépatique qui confirme un dysmorphisme du foie compatible avec une cirrhose, associée à une stéatose, sans lésion focale suspecte. Une mesure de la rigidité par le biais d'un Fibroscan parle aussi en faveur d'une cirrhose avec une mesure à 47.2 kPa.

La patiente est donc considérée comme cirrhotique de score Child Pugh A5 sur une probable stéato-hépatite non alcoolique dans le cadre d'un syndrome métabolique. Le bilan va être complété par une gastroscopie à la recherche de signe d'hypertension portale. Un dépistage précoce de l'hépatocarcinome aux 6 mois par le biais d'un US abdominal associé à un dosage plasmatique de l'alphafoetoprotéine est aussi recommandé. Dans ce contexte, nous avons expliqué à la patiente l'importance de réaliser des mesures hygiéno-diététiques traduites par une perte de poids progressive, la réalisation d'au minimum 30 minutes de marche soutenue 3 x/semaine. Dans cette situation, une consultation spécialisée en diététique nous paraît nécessaire, dont nous vous laissons le soin d'organiser.

Une vaccination saisonnière pour la grippe est également recommandée ainsi que pour le pneumocoque tous les 5 ans. Une coloscopie en 2004 était dans les normes et un nouveau contrôle sera à organiser dans le courant de l'année 2014. » ;

- un rapport du 9 septembre 2013 de la Dresse B._____, médecin assistante au Service d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme de la Polyclinique M._____, exposant que la dernière consultation ambulatoire de l'assurée datait du 18 mars 2013 et que du point de vue diabétologique la situation était inchangée.

Par courrier du 14 janvier 2014, l'assurée a également adressé à l'OAI :

- un rapport du 17 octobre 2013 du Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, et de la psychologue X._____, lesquels ont été consultés fin 2011 suite à l'arrêt de son suivi thérapeutique précédent, indiquant ce qui suit :

« Diagnostic

- F43.1 Etat de stress post traumatique ayant engendré :
- F33.3 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques
- F62.0 Modification durable de la personnalité
- F41.1 Anxiété généralisée
- Z63.4 Disparition et assassinat des membres de [la] famille
- Z65.4 Victime d'un crime et d'actes de terrorisme
- Z65.5 Expérience de violence, de guerre et autres hostilités
- Z64.1 Difficultés liées à la situation psychosociale
- Z60 Difficultés liées à une nouvelle étape de vie
- Z60.2 Solitude

Traitement

Un suivi psychothérapeutique individuel soutenu, à raison d'un entretien hebdomadaire est mis en place avec l'introduction et l'évaluation d'une médication psychotrope, à savoir Cirpalex (10mg ; 2 comprimés par jour), Temesta (exp ; 1mg ; 1 comprimé par jour) et Remeron (1mg ; 1 comprimé le soir). Le traitement médicamenteux est régulièrement réévalué.

Discussion et pronostic

Le tableau clinique présenté par la patiente nous fait émettre l'hypothèse d'un état de stress post traumatique ayant laissé des séquelles sur l'état psychique général de la patiente avec un état dépressif qui semble s'installer et perdurer dans le temps, devenant la manière de fonctionner de Madame T._____. La pathologie dépressive ne fait pas de doute compte tenu de la perte de motivation et de volonté, d'absence de projection avec l'obligation pour seul sens donné à la vie.

Nous pensons également que nous sommes ici face à la problématique des deuils pathologiques, fossilisés par l'impossibilité pour la patiente de prendre en compte l'irréversibilité des pertes subies.

Dans un contexte de vie instable qui a la lourde particularité de durer dans le temps, il apparaît évident que la patiente a beaucoup de peine à s'enraciner dans un lieu comme dans un autre, devenant étrangère à soi-même quel que soit l'endroit envisagé.

La seule manière pour elle de survivre et de garantir un minimum de sens à sa vie deviennent (sic) ses enfants ce qui la rend psychologiquement dépendante, Madame ne pouvant envisager de vivre éloignée d'eux.

Rappelons en effet que Madame a recueilli son ex-mari alors que ce dernier l'a maltraitée et a maltraitée (sic) leur fille. Malgré sa conscience des actes elle n'a pu se détacher de cette (sic) homme durant une longue période. Son seul *bonheur*, inavoué, ses enfants. Les pertes et traumatismes qu'elle subira durant le conflit en Bosnie sont de taille sans parler du vécu de femme maltraitée qu'elle a encore aujourd'hui de la peine, de la honte, à partager.

La patiente n'a par ailleurs à aucun moment été actrice de sa propre destinée ce qui a contribué à son ressenti d'insécurité, son manque de confiance, l'affaiblissement psychologique, sa dépendance affective, le développement d'une anxiété généralisée et l'installation d'un état dépressif chronique.

De nombreux éléments de sa vie actuelle dénotent cette incapacité apprise et assignée à s'occuper de soi-même. La patiente a en effet subi une extrême maltraitance psychologique et a vécu une période prolongée de sa vie dans l'angoisse, celle de craindre pour sa vie et celle des siens en étant continuellement face à ceux qui pourraient les exécuter. Il en fut de même par la suite face à son mari ou encore aux problèmes de santé de son fils cadet. Les effets sont inévitablement désastreux sur sa personnalité. La modification qui s'est opérée suite aux nombreux facteurs de stress va dans le sens d'une personnalité instable aux traits abandonniques et dépendants caractérisée par les sentiments de vide et de perte d'espoir ainsi que par la méfiance et l'isolement social et une labilité émotionnelle extrême.

Son psychisme affaibli a réagi (sic) par le développement d'une symptomatologie dépressive récurrente avec des pics plus au moins importants suivant l'évolution des événements extérieurs. » ;

- un rapport du 30 décembre 2013 des Drs D._____, spécialiste en médecine interne générale, et F._____, indiquant suivre l'intéressée depuis le 1^{er} novembre 2013 et ne l'avoir vue en consultation qu'une seule fois le 16 décembre 2013, examen lors duquel les douleurs au rachis n'avaient pas été abordées.

Le 25 mars 2014, l'assurée a encore transmis à l'OAI des documents médicaux, parmi lesquels :

- un rapport d'IRM lombaire du 12 février 2014, concluant à un canal lombaire étroit acquis en L2-L3 et L4-L5, de degré B, modéré, sur discopathies pluri-étagées, plus marquées en L2-L3 avec remaniement

Modic I (inflammatoire) des plateaux vertébraux adjacents, ainsi qu'à une arthrose zygapophysaire postérieure pluri-étagée, non inflammatoire ;

- un rapport du 28 février 2014 des Drs D. _____ et F. _____, exposant, après discussion avec le radiologue ayant analysé l'examen, que les résultats de l'IRM lombaire du 12 février 2014 étaient comparables à ceux décrits dans le rapport d'IRM du 20 février 2007 et précisant qu'il n'y avait donc pas eu d'aggravation documentée radiologiquement ;

- un rapport du 19 mars 2014 des Drs W. _____, spécialiste en médecine interne générale, et F. _____, mentionnant ce qui suit :

« Madame T. _____ est suivie à ma consultation depuis la fin de l'année 2013.

A l'anamnèse, la patiente décrit ressentir une aggravation progressive de ses symptômes douloureux au niveau lombaire depuis environ une année, avec consécutivement une limitation dans ses mouvements (impossibilité de se pencher en avant). Elle décrit ressentir parfois des sensations de décharges électriques dans les cuisses et les jambes avec sensations de lâchages. Dans ce contexte, le ménage est effectué par sa belle-fille à domicile.

Au niveau de l'examen clinique, la patiente présente des douleurs à la palpation des épines vertébrales et de la région paravertébrale à partir de la région sacrée jusqu'en région cervicale, sans trouble neurologique associé. Les réflexes ostéotendineux, rotuliens et achilléens sont hypovifs mais symétriques. Le déroulement de la colonne vertébrale n'a pas pu être testé en raison des difficultés importantes que présente la patiente pour la flexion du tronc.

Au niveau paraclinique, nous avons effectué une nouvelle IRM lombaire en février 2014, montrant un canal lombaire étroit acquis en L2-L3 et L4-L5 sur discopathies pluriétagées. Présence d'une arthrose zygapophysaire postérieure pluriétagée, non inflammatoire. ».

L'OAI a soumis le cas de l'assurée au Dr E. _____ du SMR, qui a rédigé un avis en ces termes le 9 avril 2014 :

« Assurée de 55 ans, originaire de Bosnie, divorcée et mère de deux [recte : trois] enfants. Sans formation professionnelle, elle est femme au foyer depuis 1980 et bénéficie de l'aide sociale.

Première demande en juin 2009 en raison de lombalgies et d'un syndrome somatoforme douloureux pour lesquelles (sic) une expertise bidisciplinaire est réalisée (rhumatologie, Dr C. _____ et

psychiatrie, Dresse V. _____, rapport du 05.05.10). Sur cette base, le SMR retient une pleine capacité de travail en l'absence de diagnostic incapacitant (rapport SMR du 29.06.10). Demande rejetée par décision du 27.10.10.

Deuxième et présente demande du 29.05.13. Cette demande est appuyée par plusieurs rapports de consultation de gastroentérologie et endocrinologie du Centre hospitalier L. _____ et par un rapport du Dr J. _____ (psychiatrie). Nous relevons que dans le contexte de cette deuxième demande, l'assurée est représentée par Me Carré. Dans son courrier du 15.10.13, il mentionne que l'expertise de mai 2010 ne fait pas référence aux aspects post-traumatiques qui ont été suivi[s] dès l'arrivée en Suisse de Mme T. _____. Sur cette base, il se demande si la décision de 2010 n'est pas erronée et ne devrait pas conduire à une reconsidération.

Discussion

Concernant les remarques de Me Carré (15.10.13) : L'avocat de Mme T. _____ mentionne que l'expertise du 05.05.10 ne fait curieusement pas référence aux aspects post-traumatiques. Nous relevons que la Dresse V. _____, dans le volet psychiatrique de l'expertise de mai 2010, décrit l'anamnèse familiale, psychosociale et psychiatrique de manière détaillée. Nous y retrouvons les mentions des séquelles familiales de la guerre, des difficultés conjugales avec maltraitance de la part du mari, les difficultés matérielles endurées, le souffle cardiaque détecté chez un de ses fils ainsi que le suivi dans le cadre d'Appartenance[s]. Les plaintes et le status psychiatriques sont également détaillés et les conclusions sont motivées. L'interrogatoire est réalisé par l'intermédiaire d'un traducteur bosniaque et se base donc sur les dires de l'assurée. **Cette expertise est complète et convaincante.** Dès lors, les remarques de Me Carré ne nous paraissent pas justifiées d'un point de vue médical.

Concernant les atteintes somatiques : Les rapports du service d'endocrinologie du Centre hospitalier L. _____ (12.09.12 et 09.09.13) font état de diagnostics déjà connus (sic), dont le syndrome métabolique avec diabète de type 2 **non compliqué**. D'un point de vue du diabète, les médecins mentionnent que la **situation est inchangée**. Par conséquent, il n'y a pas d'élément nouveau par rapport à la précédente demande.

Les rapports du service de gastro-entérologie du Centre hospitalier L. _____ (05.09.13 et annexes radiologiques) font état d'un diagnostic nouveau de cirrhose CHILD A5 non alcoolique dans le cadre d'un syndrome métabolique, posé suite à des investigations en raison d'une perturbation chronique des tests hépatiques. Bien que ce diagnostic soit nouveau, il ne peut en aucun cas être considéré comme incapacitant : en effet, **la fonction hépatique est conservée, l'assurée est totalement asymptomatique** ("*la patiente ne signale aucune symptomatologie digestive ou extra-digestive liée à son problème hépatique*") et, mise à part un contrôle biennuel couplé à des mesures hygiéno-diététiques, **aucun traitement n'est nécessaire**.

Concernant les lombalgies, nous relevons qu'en réponse à Me Carré, les Drs F._____ et D._____ (Policlinique M._____ de [...]) rapport[ent] dans leurs courriers (sic) du 30.12.13 qu'ils suivent l'assurée depuis le 01.11.13, que lors de leur unique consultation, **les douleurs au niveau du rachis n'ont pas été abordées**. Les douleurs, principalement de tout le rachis, étaient décrites lors de l'expertise de 2010 comme constantes, ubiquitaires et présentes 24h sur 24. **Nous relevons qu'à aucun moment dans le dossier médical de l'assurée** (consultation de gastroentérologie, d'endocrinologie et de psychiatrie) **il n'est fait mention de plaintes ou de douleurs rachidiennes, au même titre qu'un quelconque traitement antalgique**. Suite à la réalisation d'une nouvelle IRM en février 2014, le Drs F._____ et D._____ mentionne[nt] le 28.02.14 avoir étudié les images radiologiques en comparaison à l'IRM de février 2007, à l'aide de spécialiste : les résultats sont comparables, sans aggravation documentée radiologiquement. Les Drs F._____ et W._____ rapporte[nt] le 19.03.14 que l'assurée décrit ressentir une aggravation progressive de ses symptômes douloureux au niveau lombaire depuis environ un an avec consécutivement une limitation dans ses mouvements. Elle décrit en outre des sensations de décharges électriques dans les cuisses et les jambes avec sensations de lâchage Le ménage est effectué par sa belle-fille. A l'examen clinique, douleurs à la palpation des épines vertébrales de la région sacrale à cervicale, sans trouble neurologique. Force est de constater que **les plaintes sont superposable[s] à l'expertise rhumatologique de 2010, voire même en amélioration**, car l'assurée décrivait alors des douleurs constantes avec lâchages des jambes entraînant même des chutes. Les douleurs présentes lors de l'examen clinique étaient également déjà décrites. **Dès lors, nous sommes en droit d'affirmer que très vraisemblablement, les douleurs rachidiennes ne se sont pas aggravées depuis la première demande**.

Concernant l'atteinte psychiatrique : Le suivi chez le Dr J._____ a débuté fin 2011. Nous ignorons dans quelle mesure les thérapeutes ont bénéficié de l'aide d'un traducteur. En comparaison à l'expertise de mai 2010, **l'assurée semble présenter une péjoration de son état psychique, principalement concernant les symptômes de la lignée dépressive**. Les diagnostics retenus sont : Etat de stress post-traumatique ayant engendré un trouble dépressif récurrent (épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques), une modification durable de la personnalité et une anxiété généralisée. Nous relevons que les critères permettant de retenir la récurrence du trouble dépressif de même que les symptômes psychotiques font défaut. De plus, partant du principe que la modification durable de la personnalité est une séquelle chronique et irréversible (dans ce cas d'un état de stress post-traumatique), il est peu vraisemblable que ce diagnostic soit pertinent actuellement, n'ayant pas été mis en évidence dans l'expertise psychiatrique de 2010. Finalement, force est de constater que **de nombreux arguments avancés par le psychiatre actuel sont subjectif[s] et emprunts d'empathie manifeste** et compréhensive dans son rôle de médecin traitant : *"Elle semble finalement revivre les événements de son passé, les ruminer, sans que pour autant elle donne la sensation d'être consciente du fait de vivre dans le passé, de ne pas voir le temps qui passe ou de pouvoir*

être capable d'établir une frontière entre le présent et le passé", "Par sa tenue vestimentaire et son attitude elle semble sortir d'un autre temps et nous fait immanquablement revoir des images tant médiatisées de chute de Srebrenica et de ces marées humaines contenues dans l'enclave", "Elle ne semble par ailleurs à l'aise à exprimer ses pensées, ses émotions et peut donner le sentiment de ne pas souffrir", "Mme T. _____ est peu expressive verbalement et peu plaintive du moins sur le plan psychique. Cependant, nous le ressentons d'avantage comme une sorte de résignation et certainement de souffrance mais que ses faibles capacités d'introspection empêchent de verbaliser".

Conclusion: D'un point de vue somatique, il n'y a pas lieu de modifier nos précédentes conclusions. D'un point de vue psychiatrique, l'assurée semble présenter une péjoration dépressive. Toutefois, au vu des arguments ci-dessus, nous ne pouvons adhérer aux conclusions diagnostics (sic) et leurs répercussions. Pour cette raison, nous devons entrer en matière et compléter l'instruction médicale par

une expertise psychiatrique (avec interprète)

Nous remercions d'avance l'expert de se positionner par rapport à l'expertise de mai 2010 et au rapport du psychiatre traitant. ».

Une expertise psychiatrique de l'assurée a été mise en œuvre et confiée au Département de santé mentale et de psychiatrie des Hôpitaux U._____. Cette expertise a été réalisée par les Dresses [...] et A._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, sur la base de 3 entretiens avec l'intéressée en présence d'un interprète et des documents médicaux au dossier. Dans leur rapport y relatif du 6 mars 2015, ces praticiennes ont exposé ce qui suit :

« A. Questions cliniques

1. Anamnèse

Anamnèse familiale, personnelle et professionnelle

L'expertisée, d'origine bosniaque, est née en 1958 dans une petite localité de Bosnie ([...], province de Tuzla). Elle est l'aînée d'une fratrie de quatre enfants. Un frère né en 1960 est le deuxième de la fratrie. Invalide de guerre et souffrant de dépendance à l'alcool, il est décédé en 1998. Le troisième enfant de la fratrie est né en 1965 et vit actuellement en Serbie. Il est marié et père d'une fille. Le benjamin, boucher de formation, est né en 1974 et vit à Tuzla avec sa femme et son fils. Les parents de l'expertisée sont tous les deux décédés. Le père qui travaillait comme mineur est mort en 1992. La mère qui était au foyer est décédée en 1978 de ce qui semblait être une môle invasive. Hormis les problèmes d'alcool du deuxième de la fratrie, l'expertisée ne signale aucun trouble psychiatrique grave.

L'enfance de l'expertisée semble s'être bien déroulée, elle décrit ses parents comme des gens bienveillants et ne signale aucun traumatisme.

L'expertisée aurait suivi quatre ans d'école obligatoire jusqu'à 8 ans puis serait restée au foyer à la demande de ses parents pour les aider. Elle n'aurait jamais eu de travail en Bosnie. Depuis son arrivée en Suisse en 1998, l'expertisée est soutenue financièrement par l'EVAM (Etablissement vaudois d'accueil des migrants). Elle n'aurait travaillé qu'une semaine à l'essai dans la cuisine d'un restaurant, sans pouvoir ni vouloir continuer à y travailler. En effet, elle aurait trouvé ce travail trop éprouvant du point de vue physique. Lorsqu'on lui demande les raisons pour lesquelles elle ne travaille pas actuellement, elle se justifie en parlant de l'état de son dos qui l'empêcherait de se tenir debout sur de longues périodes. Elle explique que sa demande d'AI, si elle devait aboutir, servirait à améliorer ses conditions de vie.

Du point de vue sentimental, l'expertisée rencontre son mari à l'âge de 18 ans. Ce dernier est né en 1961 et travaille alors comme soudeur sur métaux. Ils se marient en 1977 et ont trois enfants. L'aînée est une fille, née en 1982 qui vit actuellement en Italie. Elle s'est mariée, a une fille, âgée de 12 ans et ne travaille pas. Le cadet est un garçon né en 1983 qui vit à Lausanne et travaille comme peintre en bâtiment. Il est marié, a deux fils de 4 ans et de 2 mois. Le benjamin est né en 1990 et vit également à Lausanne, il est marié et a deux enfants. L'expertisée décrit une grande inquiétude pour la santé de son plus jeune fils. En effet, à sa naissance, les médecins lui auraient trouvé un souffle au cœur et auraient dit à l'expertisée que son fils ne vivrait pas au-delà de ses dix-huit ans. Le mari de l'expertisée est décrit comme ayant été violent et frappant régulièrement son épouse et ses trois enfants. Dès 1992, la guerre en ex-Yougoslavie rend le quotidien difficile au point que l'expertisée et sa famille doivent retourner se réfugier dans le village natal (Tuzla) et vivent pendant trois ans dans un centre collectif, la guerre ayant détruit les maisons du village et des alentours. En 1995, l'époux de l'expertisée demande le divorce pour aller vivre avec sa maîtresse en Suisse. En 1996, sa fille se marie et part vivre en Italie. L'expertisée se retrouvant seule avec ses fils et sans revenu décide alors de venir en Suisse grâce à des passeurs dans le but d'améliorer ses conditions de vie et pour permettre à ses enfants de se rapprocher de leur père. A son arrivée, son ex-mari revient vers elle et lui signifie son envie de se remettre en couple, Mme T. _____ accepte, expliquant que malgré la violence de ce dernier, elle souhaitait à l'époque que ses fils puissent grandir avec leur père. Le couple se remet ensemble pendant 2 ans mais l'expertisée finit par se séparer de son ex-mari, ce dernier fréquentant une autre femme. En Suisse, elle obtient un permis N puis un permis F, sans pouvoir obtenir un permis d'établissement fixe en raison de son inactivité professionnelle. Son dernier voyage en Bosnie pour rendre visite à son frère et sa belle-sœur date de 2011.

Vie quotidienne

L'expertisée vit seule dans un petit appartement à Lausanne. Elle vit grâce aux prestations de l'EVAM qui prend en charge les frais du loyer et de l'assurance maladie et lui verse CHF 350.- par mois pour

les frais du ménage. Le matin, elle se lève aux alentours de 8h, fait sa piqûre d'insuline et prend son petit-déjeuner ainsi que le reste de ses traitements. Puis, soit elle reste chez elle à regarder la télévision, soit elle se rend chez son fils aîné et passe le temps avec son petit-fils et sa belle-fille avec lesquels elle semble bien s'entendre. Deux à trois fois par semaine, elle reçoit aussi la visite d'une amie originaire d'ex-Yougoslavie. Durant le week-end, elle passe son temps avec ses fils et leur famille qui l'invitent à tour de rôle à la maison ou sortent se promener avec elle. Concernant les courses, elle se charge des achats et lorsqu'elle doit porter de lourdes charges, elle demande l'aide de ses fils. Elle dit ne pas oser demander de l'aide financière à ses enfants du fait que ces derniers aient des familles à nourrir et qu'ils ne jouiraient pas d'une situation financière assez confortable. L'entretien et le nettoyage de son appartement serai[en]t fait[s] par ses belles-filles ou par des amis.

Anamnèse médicale

L'expertisée est connue sur le plan somatique pour un syndrome métabolique avec un diabète type 2 insulino-requérant depuis 2007, une hypertension artérielle traitée, une dyslipidémie traitée, une obésité et une cirrhose Child A5 non alcoolique avec des perturbations des tests hépatiques.

De plus, elle a, depuis 2001, un diagnostic de Fibromyalgie. Dans ses antécédents, on trouve une ovariectomie bilatérale pour un cystadénome muqueux de l'ovaire gauche en 2003.

Anamnèse psychiatrique

Sur le plan psychiatrique, l'expertisée n'a aucun antécédent d'hospitalisation. Avant son arrivée en Suisse, elle ne décrit aucun suivi ou trouble psychiatrique.

Depuis son arrivée en Suisse, elle bénéficie d'une prise en charge par la Fondation Appartenances avec un suivi de 2003 à 2010 sous forme de participation à des thérapies de groupe tous les quinze jours et un rendez-vous individuel mensuellement avec une psychologue. L'expertisée a également bénéficié de cours de français donnés par la même fondation pendant six mois. Depuis 2011, elle est suivie de façon hebdomadaire par une psychologue en pratique privée (Mme X._____) et son traitement psychotrope comprenant (Cipralax 20 mg 1x/j, Temesta expidet 1 mg 1x/j, Remeron 15 mg 1x/j) lui est prescrit par le Dr J._____, psychiatre. Son suivi est axé autour d'une stabilisation de son état psychique et du traitement de sa symptomatologie dépressive. Son dernier rendez-vous au cabinet du Dr J._____ débouche sur une proposition de modifier son traitement au vu de la péjoration de son état dépressif depuis début janvier 2015.

2. Plaintes et données subjectives de l'expertisée

Les plaintes de l'expertisée concernent principalement ses douleurs au dos, une fatigue importante ainsi que son diabète et le traitement d'insuline auquel elle est astreinte. Mme T._____ a de la difficulté à verbaliser de façon plus précise de quelle façon ces problèmes ont un retentissement sur sa vie quotidienne. Elle se plaint également de troubles de l'endormissement, mais, se réveillant vers 8 heures

du matin, elle dort entre 6 et 7 heures par nuit. Elle se plaint également d'une importante nervosité, mais semble incapable de donner des exemples concrets.

Finalement, lorsqu'on lui demande ce qui est le plus difficile à supporter, elle parle du fait de manquer d'argent. Elle dit se sentir triste de ne pas avoir assez de moyens pour s'acheter les mêmes choses que ses amies ou aller boire le café dans un Tea-room quand elle le souhaite. Actuellement elle se plaint d'une péjoration de la thymie depuis mi-décembre avec ce qu'elle décrit comme de la tristesse et une difficulté à se concentrer sur ses activités ainsi qu'un important sentiment de solitude. Elle décrit des symptômes somatiques : fourmillement, rougeur. Lorsque l'on interroge Mme T. _____ à propos de cet état, elle nomme une malédiction sur elle.

3. Status clinique

L'expertisée s'est présentée ponctuellement à nos rendez-vous, son hygiène et sa tenue vestimentaire étaient correctes. Elle se lève et marche sans difficulté et sans boiterie. Le contact émotionnel semble assez distant mais reste difficile à évaluer du fait de la barrière linguistique et du recours à un interprète parlant bosniaque. Elle était orientée dans tous les modes, sans troubles de la vigilance, sans signes d'intoxication à des substances psychoactives.

L'attention et la concentration étaient conservées pendant l'entretien, il n'y avait pas de troubles de la mémoire.

Le discours était cohérent et informatif mais appauvri avec une difficulté à préciser ou à illustrer ses propos, il n'y avait pas de relâchement des associations. Le cours de la pensée est légèrement ralenti et le contenu est dans la norme. Le niveau cognitif semble faible, avec un fonctionnement intellectuel à la limite inférieure, correspondant probablement à son faible niveau d'instruction (école primaire).

La thymie était parfois triste, avec les larmes aux yeux en particulier lorsque l'on abordait le sujet de son ex-mari violent. Elle n'a pas montré de signes d'anxiété.

Elle n'a pas exprimé d'idées de culpabilité, ni de désespoir quant à l'avenir. Néanmoins, lorsque l'on aborde la question de l'image de soi, elle dit ne pas se considérer comme une bonne personne car elle n'aurait plus la force d'entrer en contact avec les autres, sans pouvoir en expliquer la raison ou donner un exemple précis. Elle ne présente pas d'anhédonie ou de perte d'élan vital. Elle dit avoir eu des idées de mort passives parfois, en particulier à cause de sa situation financière qui l'empêcherait de vivre et de consommer comme elle le souhaite et l'obligeant à solliciter l'aide financière de ses fils.

Il n'y a pas de symptômes de la lignée psychotiques.

4. Diagnostics (si possible selon classification ICD 10)

4.1 Diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail.
Depuis quand sont-ils présents ?

Nihil

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail.
Depuis quand sont-ils présents ?

- (F33.1) Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen
- (Z60.3) Difficultés liées à l'environnement social ; difficultés liées à l'acculturation

5. Appréciation du cas et pronostic

L'expertisée n'est pas connue pour des troubles psychiatriques avant son arrivée en Suisse en 1998. Elle reçoit d'abord un permis N puis en 2005 un permis F.

Assistée financièrement par l'EVAM depuis 1998, on trouve dans son dossier AI la mention qu'elle aurait travaillé sur les marchés en Bosnie comme vendeuse de légumes, ce que l'expertisée déclare comme étant faux. En Suisse, elle dit avoir travaillé une semaine dans la cuisine d'un restaurant. L'expertisée est convaincue qu'elle travaillerait si son état physique le permettait. Elle cite le nettoyage comme domaine de compétence, mais elle évoque son âge, ses douleurs et son permis comme facteurs l'empêchant de trouver du travail.

Elle explique avoir fait une demande pour obtenir l'AI lorsque ses enfants ont quitté le domicile pour fonder une famille. En effet, elle souhaite obtenir un permis d'établissement lui permettant de stabiliser sa situation en Suisse.

La première demande AI est faite en 2009 avec une première expertise (rhumatologique et psychiatrique) qui ne retient aucune atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI. La demande AI est réitérée en mai 2013 assistée par un avocat Me O. CARRE.

B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

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

Il n'existe pas à notre connaissance de limitations physiques et la dernière expertise faite par un rhumatologue en 2009 ne retenait pas de limitations.

Il n'existe pas de limitations psychiques et mentales.

Il existe des limitations sociales en lien avec les problèmes d'acculturation. En effet, Mme T. _____ ne parle pas le français et serait donc limitée dans la compréhension de consignes et dans le type de travail.

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

L'expertisée n'a jamais travaillé.

(...)

C. INFLUENCE SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE

L'expertisée n'a jamais travaillé.

(...) ».

Dans un rapport du 17 mars 2015, le Dr K. _____ du SMR n'a retenu aucune atteinte principale à la santé de l'assurée, indiquant comme facteurs/diagnostics associés non incapacitants un trouble dépressif récurrent épisode moyen, une fibromyalgie, un syndrome métabolique, un diabète de type 2 et une cirrhose non alcoolique. Il a retenu que l'intéressée était sans activité habituelle mais disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit des horaires réguliers et l'absence de travail de nuit en raison du diabète. Il a explicité son avis comme suit :

« Assurée bosniaque de 56 ans, divorcée, deux enfants, sans formation, femme au foyer depuis 1980, au bénéfice de l'aide sociale. La première demande de 2009 concernait des lombalgies et un syndrome somatoforme : une expertise rhumatologique (Dr C. _____) et psychiatrique (Dresse V. _____) n'avait pas retenu de diagnostic incapacitant et la demande avait été rejetée (décision du 27.10.2010).

Cette deuxième demande du 29.05.2013 met en avant différentes atteintes (diabète, arthrose, dépression) et est appuyée par différents médecins : sur le plan du diabète, la situation est déclarée inchangée avec une pathologie non compliquée (RM [rapport médical] du 12.09.2012 et 09.09.2013).

Un RM de gastro-entérologie du Centre hospitalier L. _____ fait état d'un nouveau diagnostic, une cirrhose non alcoolique, mais l'assuré ne prend aucun traitement et est totalement asymptomatique (sic). Sur le plan ostéo-articulaire, comme précisé sur l'avis du 09.04.2014, le status et les plaintes sont globalement superposables à 2010 (expertise rhumatologique) et il ne peut de ce fait être retenu d'aggravation.

Enfin, sur le plan psychiatrique, une plausible péjoration dépressive a amené le SMR à soumettre l'assurée à une expertise. Cette dernière a été effectuée le 13.02.2015 aux Hôpitaux U. _____ par la Dresse A. _____ : il n'est pas mis en évidence d'atteinte psychiatrique incapacitante. Seule (sic) le trouble dépressif récurrent, avec un épisode actuel moyen, a été retrouvé, mais sans caractère incapacitant.

Au terme de cet examen, il n'existe donc pas d'atteinte à la santé invalidante chez cette assurée. ».

Dans un projet de décision du 13 avril 2015, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui refuser l'octroi d'une rente d'invalidité, considérant qu'après instruction de sa nouvelle demande, force était de constater qu'il n'y avait aucune modification dans son état de santé ayant une incidence sur sa capacité de travail.

Le 17 avril 2015, l'assuré a formulé des objections au projet précité. Elle a précisé sa position le 6 mai 2015 en indiquant être désormais suivie pour une atteinte au niveau du pancréas, sollicitant un délai pour produire des éléments médicaux à cet égard. L'OAI lui a imparti un délai au 31 mai 2015 pour ce faire.

Par décision du 23 juin 2015, l'OAI a intégralement confirmé son projet du 13 avril 2015, refusant l'octroi d'une rente en faveur de l'assurée. Dans le courrier d'accompagnement, il a exposé qu'aucun nouvel élément médical susceptible de lui permettre de revoir sa position n'avait été produit dans le délai imparti au 31 mai 2015.

C. Par acte du 27 août 2015, T._____, représentée par Me Olivier Carré, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction. Elle a exposé que l'expertise des Hôpitaux U._____ ne concernait que l'aspect psychiatrique, alors qu'elle souffrait de nombreuses affections somatiques, de sorte qu'une approche multidisciplinaire aurait été nécessaire. Elle a soutenu que l'ensemble de ses atteintes à la santé physique et psychique se combinaient entre elles et créaient dans leur ensemble une situation d'invalidité. Elle a également relevé qu'au vu du diagnostic de fibromyalgie posé en 2001, il appartenait à l'intimé d'investiguer cette problématique au regard de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral rendue à cet égard. Elle a par ailleurs requis le bénéfice de l'assistance judiciaire. A l'appui de son recours, l'intéressée a notamment produit un rapport du 29 mai 2015 (qui ne lui avait été adressé que le 25 août 2015) des Drs D._____ et R._____, spécialiste en médecine interne générale, rédigé en ces termes :

« Pour faire suite à votre courrier du 6 mai relatif à la patiente susmentionnée dans le contexte d'une réévaluation de demande AI, nous vous informons qu'elle présente une péjoration de son état général, avec notamment une fatigue importante dans le cadre de ses pathologies multiples, et ce, depuis le printemps 2014 :

- Pour rappel, Madame T._____ est connue pour un diabète de type 2, diagnostiqué en 2003, devenu insulino-requérant en

2007 (4 injections par jour) et compliqué par une polyneuropathie débutante.

- Elle présente également une cirrhose Child-Pugh A5 sur une stéatose hépatique non alcoolique dans le cadre d'un syndrome métabolique. Madame T. _____ a un suivi régulier semestriellement auprès des gastro-entérologues.
- Une suspicion de syndrome d'apnées du sommeil est en cours d'investigations.
- La patiente est également connue pour une dépression de sévérité moyenne ainsi que des douleurs articulaires chroniques.

Actuellement, la patiente nécessite un lourd traitement médicamenteux pour l'ensemble de ses troubles.

Plusieurs investigations sont en cours par rapport à ses problèmes de santé et il est possible que le bilan dure plusieurs mois. ».

Par décision du 8 septembre 2015, le juge instructeur a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 27 août 2015, dans la mesure d'une exonération des frais judiciaires et des avances de ceux-ci, ainsi que de l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Carré.

Dans sa réponse du 9 octobre 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision du 23 juin 2015. Il a exposé que selon l'expertise des Hôpitaux U. _____, dont la valeur probante n'était pas contestée, le diagnostic de fibromyalgie n'avait pas été posé, ni celui de modification durable de la personnalité ou d'anxiété généralisée, de sorte que la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral concernant les troubles somatoformes douloureux et les affections psychosomatiques assimilées ne trouvait pas application. Quant aux affections somatiques, il a considéré qu'elles n'avaient pas évolué depuis la dernière décision d'octobre 2010 et qu'une nouvelle expertise pluridisciplinaire n'était dès lors d'aucune utilité.

Par réplique du 30 novembre 2015, la recourante a confirmé ses conclusions. Elle a produit des documents médicaux attestant selon elle une aggravation de son état de santé, soit :

- un rapport du 19 octobre 2015 des Drs [...], spécialiste en neurologie, et [...], spécialiste en médecine interne générale, relatif à une

polygraphie nocturne effectuée sur l'intéressée le 9 octobre 2015 en raison d'une suspicion d'apnées du sommeil, indiquant que la recourante présentait une somnolence diurne excessive et un trouble respiratoire au cours du sommeil de degré modéré avec d'importantes limitations du flux inspiratoire ; au vu de ces résultats, ces praticiens ont retenu l'indication à un traitement par pression positive à but symptomatique ainsi qu'à but de prévention cardio-vasculaire, vu les comorbidités présentes ;

- un rapport du 22 octobre 2015 des Drs [...] et [...], tous deux spécialistes en neurologie, relatif à une consultation du 14 septembre 2015, indiquant comme diagnostic un syndrome du tunnel carpien des deux côtés (avec comme comorbidités du diabète, une hypertension artérielle traitée et une cirrhose Child V probablement due à une stéatose hépatique sur un syndrome métabolique) et se concluant ainsi :

« La patiente présente des symptômes typiques pour un syndrome du tunnel carpien des deux côtés confirmé à l'examen clinique et électrophysiologique, par contre vue (sic) le contexte médical absence d'évidence pour une polyneuropathie.

D'un point de vue thérapeutique, nous allons présenter la patiente avec cette lettre à la chirurgie de la main car un traitement conservateur a été essayé avec une attelle depuis une année, mais sans effet et à présent la patiente est très gênée des fourmillements et douleurs pendant la nuit. ».

Dans sa duplique du 22 décembre 2015, l'intimé a confirmé ses conclusions. Il a produit un avis du 8 décembre 2015 du Dr K. _____ du SMR se déterminant sur les 2 rapports précités, auquel il se ralliait, rédigé en ces termes :

« Discussion : Ces deux rapports concernent des consultations qui ont eu lieu après la décision querellée et l'assurée n'avait pas signalé ni ne s'était plainte de ces problèmes auprès de ses médecins auparavant.

Le syndrome du canal carpien est une pathologie fréquente dans le cadre d'un syndrome métabolique et du diabète et devrait être bien amélioré après un tt [traitement] chirurgical, sans limitation fonctionnelle dans son activité de femme au foyer. Il est fort probable que cette pathologie se soit décompensé[e] au cours de l'été 2015, motivant un avis neurologique.

De même, la consultation au [...] avec étude du sommeil par polygraphie nocturne est postérieure à notre décision du 23.06.2015. Ici encore, le tt par CPAP [ndr. appareillage par système de ventilation à pression positive continue] semble exigible, de nature à améliorer de façon sensible la somnolence diurne.

En conclusion, ces deux rapports ne sont pas de nature à modifier nos conclusions. ».

Par écriture du 22 mars 2016, la recourante a confirmé ses conclusions et a produit :

- un rapport du 31 janvier 2016 du Dr J._____ et de la psychologue X._____, exposant ce qui suit :

« Déterminations suite au rapport d'expertise psychiatrique établi par les Hôpitaux U._____ et daté du 6 mars 2015.
Déterminations établies à la demande de Maître Olivier Carré, mandataire de Madame T._____.

Nous avons pris connaissance de l'avis médical de nos confrères et souhaiterions apporter quelques commentaires et faire part de certains questionnements au sujet de l'évaluation de la patiente que nous suivons en psychothérapie depuis plusieurs années.

Bien que nous sachions pertinemment que notre mandat thérapeutique et celui de notre confrère diffèrent et que la patiente se présente différemment dans le cadre expertal et dans un cadre de thérapie de confiance - où l'alliance thérapeutique est acquise -, nous devons noter que les observations cliniques de l'expert diffèrent des nôtres et de notre connaissance de la patiente.

Mais avant cela nous devons nous arrêter sur certaines informations qui pourraient être définies comme factuelles et sans grande importance, des informations obtenues à priori auprès de l'assurée et figurant dans les deux rapports cités, des renseignements et dires qui nous rendent perplexes.

Tout d'abord dans le rapport d'expertise et sous anamnèse nous pouvons lire des informations erronées voire interprétées. Madame T._____ a déposé une demande AI dans le but de se voir reconnaître ses problèmes de santé, des problèmes qui avec les années s'accumulent et l'empêchent d'exercer une quelconque activité lucrative. Subsidiairement l'obtention d'une telle rente peut amener à des améliorations des conditions de vie de Madame dans la mesure où ses moyens financiers seront légèrement plus importants mais surtout où cela lui donnera la reconnaissance de son incapacité à travailler et lui procurera enfin le sentiment de valoir, d'être une personne à part entière et indépendante. Affirmer que la rente AI va améliorer les conditions de vie de Madame sans rentrer dans les détails est à notre sens quelque peu réductionniste. D'autant plus lorsqu'on connaît le cheminement de notre patiente et

que nous pouvons dire que sa situation financière [n']est de loin pas son souci principal.

Le fait par exemple de ne pas pouvoir se rendre dans son pays d'origine et visiter son frère gravement malade est bien plus source de souffrance et de désarroi. Or Madame ne peut quitter la Suisse en raison de son status (sic) administratif. Elle a le sentiment d'être comme un lion en cage, comme en prison et décrit souvent sa vie comme une suite de journée[s] qui se ressemble[nt], qui ne lui apporte rien, de la journée qui la confirme dans sa souffrance.

Les contacts avec ses enfants ne sont pas si fréquents. Madame évite de s'y rendre car elle a le sentiment d'être un poids pour ses fils qui ont eux-mêmes des familles. De fait et parfois dans des moments d'urgence médicale elle préférerait supporter et dixit mourir que de faire appel à ses enfants une fois de plus. Ses enfants confirment avoir observé un changement dans l'attitude de leur mère : elle est moins présente, décline leurs offres de venir leur rendre visite ou de sortir. Lorsqu'elle le fait ils constatent qu'elle est absente, perdue dans ses pensées et très facilement irritable. Souvent ils se sentent démunis et ne savent pas quelle attitude adoptée.

Ils disent que dans des moments pareils elle préfère interrompre la visite et rentrer chez elle. Ses enfants sont en effet très inquiets par l'état psychique de leur mère qui a leur sens vit dans son propre monde, qui est trop isolée et qui doit inutilement remuer le passé douloureux.

En ce qui concerne ce dernier nous avons l'impression qu'il n'a pas été pris en compte lors de l'expertise dans toute sa portée traumatique et douloureuse. Madame a vécu un mariage plus que tumultueux, marqué par la violence physique grave de son époux tant sur elle que sur ses enfants. Les humiliations de toutes sortes étai[en]t son quotidien sans qu'elle ait les ressources ou le soutien pour ce (sic) défaire de cette emprise. C'est la migration qui lui a permis de ne plus être sa victime directe mais les stigmates peuvent encore s'entendre dans le discours de Madame. Il en est [de] même du vécu de guerre en Bosnie que Madame a du (sic) subir durant une longue période. Les bombardements, les explosions, les cadavres qui jonchaient les rues sont encore dans ses cauchemars.

En ce qui concerne l'appréciation et l'évaluation effectuée par l'expert nous pouvons nous exprimer comme suit : Madame décrit des états d'anxiété et de tension importants, un évitement de la foule et de confrontation à l'extérieur. Les tâches quotidiennes sont et restent effectuées par son fils en grande majorité. Madame ne sort pas tous les jours. Elle se réveille et se lève pour prendre ses traitements, mais elle ne sort pas et se recouche aussitôt. Les rares moments à l'extérieur restent source d'anxiété extrême et d'attaques de panique que Madame ne formule pas comme tels mais souligne les sensations de tête qui tourne, de chaleur, de transpiration qui peuvent soudainement l'envahir et la forcer à rentrer chez elle le plus rapidement possible.

Nous nous demandons en effet comment l'expert a pu évaluer notre patiente en si peu de temps si le biais de la situation expertale ni de

la composante culturelle n'a pas été pris en compte. La patiente est en effet et par ailleurs une personne peu plaintive, qui accepte sa condition et qui n'a pas non plus les capacités cognitives ni d'expression pour pouvoir faire part de son état ni de ses souffrances dans un langage « occidental ». Par ailleurs il s'agit d'une personne fort « pudique » dans tous les sens du terme qui va chercher à garder la face et à se présenter de manière « convenable » surtout dans une relation « inégale ».

Or le fait est qu'elle passe la grande majorité de ses journées chez elle, ne s'occupe pas de son ménage ni par ailleurs de sa personne. Il s'agit d'une femme qui fait plus que son âge. Elle est toujours habillée très simplement et nous ne pouvons pas dire qu'elle soit soignée sur sa personne, comme le note l'expert. En effet, Madame frappe régulièrement par des vêtements amples et simples, pas toujours soignés. Son visage est toujours extrêmement pâle, ses traits tirés, les yeux cernés, dénotant d'une fatigue et d'un manque de sommeil. Nous notons en effet un grand écart entre les descriptions de l'expert du fonctionnement de la patiente et nos observations et notre connaissance de la patiente.

Elle ne s'est jamais présentée maquillée depuis qu'elle est suivie en psychothérapie. Madame note par ailleurs ne jamais porter de maquillage, décrivant n'avoir nullement la force ou un intérêt pour ce genre d'aspect, l'hygiène basique étant objectivement peu soignée.

Nous apportons ces éléments, car nous les considérons comme significatifs dans le diagnostic d'un état dépressif sévère, le manque de soins, d'énergie et d'élan vital étant au premier plan chez la patiente.

La thymie est triste tout en présentant une distance émotionnelle (contenant ses pleurs). Madame évoque encore régulièrement et par des ruminations désolantes son sentiment de dévalorisation et de culpabilité. Elle a une perception d'elle-même ébranlée par des années de combat, se dévalorise, culpabilise (le vécu de guerre, de maltraitances subies par son époux, ne pas avoir su protéger ses enfants).

Cette symptomatologie fait partie d'un tableau clinique dépressif récurrent qui n'apparaît pas en tant que grave dans les observations de notre confrère. L'expert n'évoque pas que Madame ne fait pas part de manque d'élan vital, d'énergie ou de perte de plaisir or et après des années de suivis nous sommes plus qu'a (sic) catégoriques. Cette patiente évolue dans un état quasi végétatif et vit, comme elle le dit, *parce qu'il le faut*. Ses idées de mort passive ne sont aucunement en lien avec sa situation financière mais avec une multitude de facteurs et vécu faisant dire à Madame qu'elle n'a plus rien à attendre de cette vie.

Elle évolue en effet comme un animal en cage et doit supporter cette existence car sa religion lui interdit de mettre fin à ces jours et même de l'évoquer. Elle n'a aucune projection dans l'avenir, aucun sentiment de plaisir ni de plénitude.

Or l'expert souligne que Madame ne présente pas de désespoir quant à l'avenir. Madame ne peut tout simplement [pas] se

représenter l'avenir, les jours se suivent et se ressemblent, elle ne s'attend à rien. De fait elle évite d'être en contact avec des personnes de sa communauté. L'expert le souligne par ailleurs, le réseau amical de Madame se réduit à deux personnes qu'elle ne rencontre pas si fréquemment. Souvent ces dernières viennent lui rendre visite.

En ce qui concerne le diagnostic de l'état de stress post traumatique, l'expert ne le mentionne aucunement or sur ce point nous sommes tout aussi catégoriques et l'avons longuement expliquée (sic) dans nos certificats. Si Madame n'en souffre pas actuellement selon les critères des classifications internationales, elle en a souffert et les stigmates de cette pathologie sont visibles ayant en tout cas débouchée sur un état dépressif massif et handicapant. Or nous n'avons pas posé le diagnostic de l'état de stress post traumatique mais parlons bien des séquelles de ce dernier d'un état de stress post traumatique bel et bien présent par le passé et ayant entraîné de nombreuses autres pathologies lourdes.

A l'heure actuelle encore, elle décrit un immense sentiment de culpabilité face au passé et aux violences subies. Elle se décrit également comme une « mère fardeau », qui a donné une image négative à ses enfants. Son rôle de mère « dépendante » des enfants lui pèse fortement, et Madame culpabilise de devoir autant faire appel à eux dans sa vie. Elle explique souvent que « c'est plus fort qu'elle », et que son anxiété l'envahit.

Le sentiment de culpabilité n'est pas noté par notre confrère. Or nous objectivons une symptomatologie dépressive sévère, avec ruminations, dévalorisation, perte d'estime, perte d'élan vital, démotivation... Le vécu et le passé traumatique ont laissé des séquelles sur son fonctionnement psychique, ayant modifié durablement sa personnalité.

Madame a certes su faire preuve de résilience et a pu mettre en œuvre et mobiliser des ressources, de fonctionner et d'avoir un semblant de stabilité sur le[s] plan[s] psychique et physique notamment pour pouvoir être là pour son fils cadet alors très jeune. Notons qu'elle est aussi en traitement psychothérapeutique depuis de longues années, et qu'elle cherche à se sortir de la dynamique actuelle, étant investie dans le travail thérapeutique et complainte (sic) à tous les traitements médicamenteux proposés.

Mais avec le temps et les réminiscences des traumas et d'autres vécus difficiles, les défenses psychiques se sont affaiblies, rendant impossible une quelconque activité ou réadaptation professionnelle. Dans le cas de cette patiente on peut tout au plus espérer une stabilisation dans son état actuel mais aucunement une guérison, les années de suivi nous rendant à l'évidence de la chronicité de l'état de la patiente et aux faibles capacités d'introspection rendant les objectifs thérapeutiques très maigres et modestes.

En conclusion, les divers diagnostics (sic) que nous avons retenus, dont un trouble dépressif récurrent et les séquelles de l'état de stress post traumatique, restent d'actualité. Madame a vécu une situation gravissime, tant sur le plan conjugal que dans le contexte

de guerre et de la migration. Ceci a progressivement entraîné une perte relationnelle et une perte d'autonomie. Dans ce contexte, la patiente a tendance à passer ces journées chez elle, avec beaucoup de difficultés à sortir à l'extérieur, n'ayant comme seuls liens sociaux, le contact avec deux amies et ses fils dont elle se sent dépendante mais aussi coupable. Cette situation est très lourdement vécue par la patiente, ce qui exacerbe l'état anxio-dépressif dont elle souffre.

Malgré son désir et sa volonté, elle est malheureusement en totale incapacité d'assumer une quelconque activité professionnelle, en raison de la symptomatologie.

En raison de ces multiples désaccords entre l'avis du médecin expert le SMR et nous, un avis tiers et neutre est à notre sens au minimum nécessaire. » ;

- un rapport du 14 mars 2016 des Drs H._____ et R._____, indiquant, d'une part, que concernant la prise en charge des apnées du sommeil, la recourante allait bénéficier d'un appareillage pour débiter le traitement par ventilation en pression positive continue et, d'autre part, que concernant le syndrome du tunnel carpien bilatéral, l'intéressée avait bénéficié le 27 novembre 2015 d'une neurolyse du nerf médian à ciel ouvert à gauche, montrant par la suite une bonne évolution, une seconde intervention étant prévue pour le côté droit.

Dans une écriture du 21 avril 2016, l'intimé a confirmé ses conclusions. Il a relevé que les atteintes sur le plan somatique étaient survenues postérieurement à la décision entreprise et avaient eu une évolution favorable sous traitement. Sur le plan psychiatrique, il a considéré qu'aucun élément objectif qui aurait été ignoré par les experts des Hôpitaux U._____ ou qui serait survenu avant ladite décision n'avait été mis en évidence et qu'il n'était pas fait mention d'une modification significative de l'état de santé depuis la décision du 27 octobre 2010. Il a produit un avis du 19 avril 2016 du Dr K._____ du SMR, exposant ce qui suit :

« Dans le cadre du recours contre notre décision du 23.06.2015 sont produits de nouveaux rapports médicaux, un de la Polyclinique M._____ en date du 14.03.2016 (Dr H._____) et un courrier du psychiatre-traitant Dr J._____ en date du 31.01.2016.

Le courrier de la Polyclinique M._____ confirme ce que nous disions sur notre précédent avis du 08.12.2015 le syndrome du canal

carpien bilatéral a été confirmé, une première neurolyse du côté G [gauche] en novembre 2015 avec évolution favorable, une intervention similaire est programmée du côté D [droit]. De même, un appareillage est prévu pour la prise en charge du SAOS [syndrome d'apnées du sommeil]. Ces deux atteintes sont postérieures à notre décision et sont de toute façon d'évolution favorable sous traitement.

Le psychiatre écrit un long courrier où il conteste l'analyse et les conclusions faites par l'expert-psychiatre fin 2014. Il atteste un trouble dépressif récurrent, épisode sévère, avec un stress post-traumatique, alors que l'expert avait retenu un épisode moyen non incapacitant, et rien pour un état de stress post-traumatique. Rappelons qu'une précédente expertise en 2010 (Dresse V. _____) n'avait pas non plus retenu d'atteinte incapacitante psychiatrique.

Nous sommes ici face à l'appréciation différente d'une même situation et nous n'avons aucune raison de nous écarter de nos conclusions. ».

Le 14 juillet 2016, la recourante s'est déterminée sur l'avis précité et a rappelé qu'il y avait lieu de renvoyer la cause à l'intimé pour la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

E n d r o i t :

1. a) Sous réserve de dérogations expresses, 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 (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA).

Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique

aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, déposé en temps utile compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA ; 96 al. 1 let. b LPA-VD), auprès du tribunal compétent, selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable.

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

b) 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 (ATF 121 V 362 consid. 1b ; ATF 117 V 287 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_397/2007 du 14 mai 2008 consid. 2.1 ; TF 9C_81/2007 du 21 février 2008 consid. 2.4).

c) Le litige porte en l'occurrence sur l'existence d'une aggravation de l'état de santé de la recourante depuis la décision du 27 octobre 2010 ayant une incidence sur son droit à une rente d'invalidité, singulièrement sur la question de savoir si l'instruction menée par l'intimé permet de statuer sur la nouvelle demande de l'intéressée.

3. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

L'assuré a droit à une rente si 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). Toutefois, lorsque l'assuré dispose encore d'une capacité de travail dans son activité habituelle, le taux d'invalidité est identique au taux de l'incapacité de travail (application de la méthode de la comparaison en pour cent ; TF 9C_396/2009 du 12 février 2010

consid. 3.2 ; TF 9C_947/2008 du 29 mai 2009 ; TF 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.5).

4. a) Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2), il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. 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 ; ATF 130 V 71 consid. 3.2).

b) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire du droit à 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. La révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité (art. 87 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon les dispositions précitées ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses

conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; ATF 113 V 273 consid. 1a ; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et ATF 112 V 387 consid. 1b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 *in fine* et les références citées). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit – soit en l'occurrence la décision du 27 octobre 2010 –, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence citée ; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1 et les références citées).

5. La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier – sur les plans médical et juridique – le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1), la fibromyalgie (ATF 132 V 65), le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (TF I 70/07 du 14 avril 2008), l'anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles (TF I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4, *in* SVR 2007 IV n° 45 p. 149) ou encore les troubles moteurs dissociatifs (TF 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4).

Dans un arrêt récent publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (consid. 4.2 et les références citées). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces

syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7).

La preuve d'un trouble somatoforme douloureux suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi 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 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. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 ; TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2).

6. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre

position. Le juge apprécie librement les preuves, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci (art. 61 let. c LPGA). Dans le domaine médical, le juge doit ainsi examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt que sur une autre.

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du

26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b, 3b/aa et les références citées ; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 ; TF 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

Un rapport médical qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, a valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence sur le contenu des rapports médicaux rappelées ci-dessus (TF 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2 ; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.5 ; TFA I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3).

Selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2).

b) Selon l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin ; les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit. L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (art. 43 al. 2 LPGA). Conformément au principe inquisitoire régissant la procédure dans le domaine des assurances sociales, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre

en œuvre dans un cas d'espèce donné. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF U 316/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.1.1). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).

7. a) En l'espèce, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision du 27 octobre 2010 avec les circonstances régnant à l'époque de la décision du 23 juin 2015, on constate que sur le plan somatique, la recourante présente des affections qui étaient déjà avérées lors de la décision du 27 octobre 2010, ainsi qu'elle l'allègue elle-même dans son acte de recours.

Le syndrome métabolique (avec diabète de type 2, hypertension artérielle traitée et obésité de stade 1), diagnostic posé par les Drs C._____ et V._____ dans leur rapport d'expertise du 5 mai 2010 et considéré comme n'ayant pas d'effet sur la capacité de travail, est toujours présent (cf. rapport du 12 septembre 2012 des Drs P._____ et N._____) et les éléments médicaux postérieurs à la décision du 27 octobre 2010 ne démontrent aucune aggravation à cet égard. En particulier, la Dresse B._____ a exposé dans son rapport du 9 septembre 2013 que la situation était inchangée du point de vue diabétologique, étant rappelé que les experts avaient indiqué en 2010 que le diabète était bien contrôlé et qu'il n'y avait pas de complication.

Quant à la problématique rhumatologique, les Drs D._____ et F._____ ont exposé que les douleurs au rachis n'avaient pas été abordées lors de leur unique consultation du 16 décembre 2013. Ils ont en outre expliqué dans leur rapport du 28 février 2014 que les résultats de l'IRM lombaire du 12 février 2014 étaient comparables à ceux de l'IRM du 20 février 2007 - laquelle démontrait une minime hernie discale L5-S1 qui,

selon les experts de 2010, n'avait aucune répercussion clinique dès lors que la mobilité rachidienne était supranormale et qu'il n'y avait pas d'anomalie au niveau du status neurologique -, précisant qu'il n'y avait donc pas d'aggravation documentée radiologiquement. S'agissant des plaintes y relatives de l'intéressée, celles-ci correspondent peu ou prou à celles rapportées antérieurement et paraissent même moins importantes. En effet, le rapport du 19 mars 2014 des Drs W._____ et F._____ décrit des sensations de décharges électriques dans les cuisses et les jambes avec sensations de lâchages, ainsi que des douleurs à la palpation des épines vertébrales et de la région paravertébrale à partir de la région sacrale jusqu'en région cervicale, et le rapport d'expertise du 5 mai 2010 relatait des douleurs ubiquitaires touchant le rachis dans son intégralité ainsi que les membres supérieurs et inférieurs, présentes 24h/24, lesquelles étaient majorées par les mouvements avec parfois des sensations de lâchages des membres inférieurs entraînant des chutes. En outre, hormis les Drs W._____ et F._____, aucun des médecins ayant examiné la recourante dans le cadre de l'instruction de sa nouvelle demande n'a rapporté de plaintes ou de douleurs rachidiennes. Dans ces conditions, il y a lieu de retenir que les lombalgies dont se plaint l'intéressée n'ont connu aucune aggravation depuis la décision du 27 octobre 2010 et qu'elles n'affectent donc pas sa capacité de travail.

La seule modification documentée de l'état de santé de la recourante sur le plan somatique est le diagnostic de cirrhose Child A5 sur probable stéato-hépatite non alcoolique dans le cadre d'un syndrome métabolique posé par les Drs Z._____, Q._____ et S._____ dans leur rapport du 5 septembre 2013. Ces praticiens n'ont toutefois pas précisé si cette affection impactait la capacité de travail. Ils ont néanmoins relevé que l'intéressée ne signalait aucune symptomatologie digestive ou extra-digestive liée à son problème hépatique et que l'IRM hépatique du 22 août 2013 ne démontrait aucune lésion focale suspecte. Hormis des contrôles réguliers deux fois par an et la mise en place de mesures hygiéno-diététiques pour une perte de poids, aucun traitement spécifique n'a été préconisé. Ainsi, conformément à l'avis du Dr E._____ du SMR du 9 avril

2014, le diagnostic précité ne peut être considéré comme incapacitant et n'influence donc pas le taux d'invalidité de la recourante.

S'agissant du syndrome d'apnées du sommeil et du syndrome du tunnel carpien des deux côtés, ces affections apparaissent postérieures à la décision entreprise dès lors qu'elles ont été diagnostiquées lors de consultations des 14 septembre et 9 octobre 2015, étant précisé qu'il ne ressort pas des pièces au dossier que la recourante se soit plainte de ces problèmes antérieurement. Ces faits doivent dès lors normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative et ne peuvent donc pas être pris en compte pour résoudre la question litigieuse (*cf. supra* consid. 2b). Cela étant, il ressort du rapport du 14 mars 2016 des Drs H. _____ et R. _____, d'une part, que concernant la prise en charge des apnées du sommeil, l'intéressée allait débiter un traitement par ventilation en pression positive continue et, d'autre part, que concernant le syndrome du tunnel carpien bilatéral, elle avait bénéficié le 27 novembre 2015 d'une neurolyse du nerf médian à ciel ouvert à gauche, montrant par la suite une bonne évolution, une seconde intervention étant prévue pour le côté droit. De plus, comme le relève le Dr K. _____ du SMR dans ses avis des 8 décembre 2015 et 19 avril 2016, ces affections sont susceptibles d'évoluer favorablement si elles sont traitées adéquatement, comme cela paraît être le cas. Partant, ces atteintes n'apparaissent de toute manière pas invalidantes.

b) Sur le plan psychiatrique, alors que l'expertise du 5 mai 2010 ne retenait aucune atteinte à cet égard hormis des difficultés liées à l'acculturation qui n'étaient pas incapacitantes, les experts des Hôpitaux U. _____, dans leur rapport du 6 mars 2015, ont retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen) et de difficultés liées à l'environnement social et à l'acculturation. Ils ont expliqué que ces troubles n'avaient pas d'effet sur la capacité de travail et n'ont relevé aucune limitation en relation avec ceux-ci, mentionnant uniquement des limitations sociales en lien avec les problèmes d'acculturation. Consultés par la recourante depuis fin 2011, le Dr J. _____ et la psychologue X. _____ ont retenu les diagnostics d'état de stress post-traumatique

ayant engendré un trouble dépressif récurrent (épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques), une modification durable de la personnalité et une anxiété généralisée. Ils ont précisé dans leur rapport du 31 janvier 2016 qu'en raison de la symptomatologie présentée, l'intéressée était en « totale incapacité d'assumer une quelconque activité professionnelle », sans toutefois expliquer précisément les limitations y relatives. Ils ont insisté sur le passé traumatique de leur patiente (guerre dans son pays d'origine, violences physiques et psychologiques de l'ex-mari envers elle et leur fille, migration en Suisse), son sentiment de culpabilité par rapport aux violences de son ex-mari et au fait de nécessiter l'aide de ses enfants, ainsi que sur son repli sur elle-même. On constate cependant que les éléments traumatiques du passé de la recourante ont été pris en compte par les experts des Hôpitaux U._____ dans leur évaluation. D'ailleurs, confrontée à ces éléments par les experts, l'intéressée n'a pas montré de signes d'anxiété ni exprimé d'idées de culpabilité ou de désespoir au regard de son besoin d'aide de la part de ses enfants. L'essentiel de son anxiété était lié à sa situation financière qui l'empêcherait de vivre comme elle le souhaite. Force est donc de constater que le Dr J._____ et la psychologue X._____ ne mettent en évidence aucun élément objectif qui aurait été ignoré par les experts des Hôpitaux U._____. Les prénommés n'ont par ailleurs pas fait état d'une modification significative de l'état de santé psychique de l'intéressée depuis la décision du 27 octobre 2010 ou l'arrêt de son précédent suivi psychothérapeutique fin 2011 et leur avis paraît ainsi constituer une appréciation différente d'une même situation. En particulier, ils ont décrit l'épisode dépressif comme sévère avec symptômes psychotiques, alors que les experts des Hôpitaux U._____ ont retenu un épisode moyen et indiqué qu'il n'y avait pas de symptômes de la lignée psychotique, les Drs D._____ et R._____ ayant également indiqué dans leur rapport du 29 mai 2015 que la recourante était connue pour une dépression de sévérité moyenne. En outre, de par la position privilégiée que leur confère leur mandat, leurs constatations doivent être appréciées avec réserve. Ils ont en effet décrit leur patiente comme quelqu'un de peu plaintif qui cherche à « garder la face », ce qui n'a été relevé ni par les experts de 2010 ni par ceux de 2015, qui ont tous relaté des plaintes rapportées par la recourante qui ne pouvaient pas être

expliquées objectivement et qui ont tenu compte du fait qu'elle avait de la peine à verbaliser ses problèmes. De plus, ils ont expliqué que la religion de l'intéressée lui interdisait de mettre fin à ses jours ou même de l'évoquer, ce qui est en contradiction avec les pensées suicidaires évoquées par les experts de 2010 ou les idées de mort passives relatées par les experts des Hôpitaux U. _____ ainsi que par le Dr J. _____ et la psychologue X. _____ eux-mêmes. Dans ces conditions, l'appréciation des prénommés ne permet pas de remettre en cause le bien-fondé des conclusions des experts des Hôpitaux U. _____, auxquelles on peut accorder une pleine force probante. Il y a donc lieu de retenir que la recourante ne souffre d'aucun trouble psychique invalidant, comme cela était déjà le cas lors de l'expertise de 2010. Ainsi, sur le plan psychiatrique, la situation de la recourante ne s'est pas aggravée depuis la décision du 27 octobre 2010.

c) S'agissant enfin de la problématique de la fibromyalgie, contrairement à ce que soutient la recourante, les experts des Hôpitaux U. _____ n'ont pas diagnostiqué cette affection, quand bien même ils ont relevé que ce diagnostic avait été évoqué par les experts de 2010. Aucun des autres médecins ayant examiné l'intéressée postérieurement à la décision du 27 octobre 2010 n'a d'ailleurs confirmé un tel diagnostic, à l'exception des Drs P. _____ et N. _____ dans leur rapport du 12 septembre 2012. Toutefois, ces praticiens, qui l'ont examinée dans le cadre de consultations de diabétologie, n'explicitent pas pourquoi ils mentionnent ce diagnostic, leur rapport se concentrant sur l'aspect diabétologique, ni n'indiquent depuis quand il serait présent ou les limitations qu'il engendre. Partant, il convient de considérer que le diagnostic de fibromyalgie n'a pas été confirmé postérieurement à la décision du 27 octobre 2010. Or, le fait que cette atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art constitue un préalable indispensable à la preuve d'un tel trouble (*cf. supra* consid. 5). Il ne saurait donc être reproché à l'intimé de ne pas avoir investigué cette problématique à la lumière de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière.

d) En conclusion, force est de constater que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en causes ont été suffisamment élucidés par l'intimé. Compte tenu de ce qui a été exposé, il y a lieu de retenir que l'état de santé de la recourante ne s'est pas péjoré de manière à influencer ses droits depuis la décision du 27 octobre 2010. Ainsi, comme le Dr K. _____ du SMR l'a rappelé dans son rapport du 17 mars 2015, l'intéressée ne présente aucune atteinte invalidante et dispose d'une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée à son diabète, soit celles avec des horaires réguliers et n'impliquant pas de travail de nuit.

8. Le dossier est complet, permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction comme le requiert la recourante par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; ATF 130 II 425 consid. 2 ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014).

9. a) En définitive, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision litigieuse.

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^{bis} LAI).

Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton

(art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Le défenseur d'office a droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré ; le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et applique un tarif horaire de 180 fr. s'agissant d'un avocat (art. 2 al. 1 let. a RA) [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

c) En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Toutefois, dès lors qu'elle est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

En outre, n'obtenant pas gain de cause, la recourante ne peut pas prétendre à l'allocation de dépens en sa faveur (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

S'agissant enfin du montant de l'indemnité du conseil d'office de l'intéressée, Me Carré a produit une liste de ses opérations le 24 novembre 2016, faisant état d'un temps consacré au dossier de 9,53 heures. Contrôlées au regard de la procédure, ces opérations rentrent globalement dans le cadre d'un bon accomplissement du mandat. Il convient également d'y ajouter une indemnité forfaitaire de 100 fr. à titre de débours (art. 3 al. 3 RA). Le montant total de l'indemnité d'office de Me Carré s'élève dès lors à 1'960 fr. 60 ([9,53 heures x 180 fr.] + 100 fr. + TVA 8%, arrondi).

Les frais judiciaires et la rémunération du conseil d'office sont provisoirement supportés par le canton, la recourante étant rendue

attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser ces montants 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). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ), en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure.

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 23 juin 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 laissés à la charge de l'Etat.
- IV. L'indemnité d'office de Me Olivier Carré est arrêtée à 1'960 fr. 60 (mille neuf cent soixante francs et soixante centimes), TVA et débours compris.
- V. Le 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, tenu au remboursement des frais de justice et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.
- VI. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Olivier Carré (pour T. _____)
- 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).

Le greffier :