

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 25 avril 2017

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
MM. Métral et Piguet, juges  
Greffière : Mme Berseth Béboux

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Q.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante, représentée Procap, à Bienne,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 al. 1, 17 LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 LAI ; art. 87 al. 2 et 3  
RAI**

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

**A.** Q. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante [...] née en [...], est arrivée en Suisse en 1991. Elle est mère de trois enfants, nés en [...] et [...]

Selon un rapport du 3 février 2006 des Drs W. \_\_\_\_\_ et R.S. \_\_\_\_\_, respectivement médecin adjoint et médecin assistant au Service d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme du T. \_\_\_\_\_, l'assurée présentait un probable trouble panique avec des angoisses d'apparition subite, associées à une perte de l'élan vital, des troubles du sommeil et des idées suicidaires occasionnelles.

Le 10 décembre 2009, elle a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité, en raison d'une tumeur de l'hypophyse opérée et d'une hernie discale.

Renseignant l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) sur son statut (part active/part ménagère, selon le formulaire « 531bis ») le 21 décembre 2009, l'assurée a indiqué que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 100% « depuis toujours », par intérêt personnel et nécessité financière.

Dans un rapport du 27 janvier 2010 à l'OAI, le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de séquelles neurologiques et psychologiques après exérèse d'une tumeur de l'hypophyse en 2003, de séquelles d'une méningite avec vertiges persistants, de lombalgies chroniques avec lombosciatalgies probablement L1-L5 et de troubles de la personnalité. Au titre des atteintes non incapacitantes, le Dr K. \_\_\_\_\_ a relevé un status après opération des ligaments utérins en 1998, un status après ménopause précoce, un status après anémie en 2003 et des infections urinaires à répétition. Le médecin a encore mentionné que l'assurée avait interrompu une formation d'ingénieure agronome après la

3<sup>ème</sup> année, et qu'elle n'avait jamais travaillé depuis. A son avis, la patiente présentait des troubles importants au niveau neurologique et psychologique, qui rendaient toute activité professionnelle impossible.

Selon un avis du 22 septembre 2011, les Drs F.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_, médecins auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), ont estimé que les renseignements obtenus étaient insuffisants et ont préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire neurologique et psychiatrique.

Dans un rapport d'expertise du 26 juillet 2010, les Drs R.\_\_\_\_\_, G.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_, respectivement neurologue, psychiatre et rhumatologue auprès du D.F.\_\_\_\_\_ (ci-après : D.F.\_\_\_\_\_), ont posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de lombalgies chroniques dans le cadre d'une discrète irritation radiculaire L5 et S1 droite sur protrusion discale depuis 2003 (M51.1). Sans incidence sur la capacité de travail, les experts ont retenu un status après excision d'un adénome hypophysaire (opéré le 14 octobre 2003) se manifestant par un diabète, une acromégalie, guérie (D35.2), un status après syndrome vestibulaire périphérique droit, paucisymptomatique (H81.3), un status après méningite et sepsis à streptocoques pneumoniae en mai 2005 (G00.2), des céphalées d'origine tensionnelle (G44.2), une dystonie neurovégétative, avec phénomène de Trousseau (690.9), un status après intervention gynécologique en 1998, une ménopause précoce (E28.3X-002), des parents à charge au domicile nécessitant des soins (Z63.6 ; sa fille malade, depuis 18 ans, et son mari, depuis 10 ans), et un syndrome de dépendance au tabac, utilisation continue (F17.25), présent depuis 10 ans. Les experts ont précisé que l'assurée ne présentait aucune atteinte incapacitante au plan psychiatrique. Ils ont en outre répondu aux questions de l'OAI en ces termes :

« (...)

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

(...)

### 2.2 Description précise de la capacité de travail

Au plan physique :

Capacité résiduelle de travail de 100% en respectant la limitation de port de charges de 10kg.

Au plan psychique :

Capacité totale de travail.

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

Au plan physique :

Oui, 8 heures par jour, en respectant les limitations énoncées ci-dessus.

Au plan psychique :

Oui, 8 heures par jour.

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

Au plan physique :

Il existe une asthénie fluctuante, des symptômes douloureux diffus, des phénomènes vertigineux, une dystonie neurovégétative, probablement des phénomènes hyperventilatoires qui peuvent engendrer une limitation transitoire de sa capacité de travail et une diminution de son rendement. Mais ceci n'est pas « installé ». Elle relève que 50% du mois, elle est asymptomatique.

Au plus psychique :

Non.

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

Au plan physique :

Il est certain qu'en 2003, dans le cadre de la mise en évidence de son adénome hypophysaire ayant engendré une acromégalie et un diabète, des lombalgies sur protrusion L5-S1 avec une accentuation du syndrome radiculaire et la survenue d'un déficit vestibulaire périphérique droit, sa capacité de travail était nulle. Progressivement, l'ensemble de ses différents symptômes se sont améliorés. Une incapacité totale de 3 mois pour la méningite est à tenir compte dès mai 2005. Actuellement, je pense qu'il n'existe pas d'incapacité de travail dans une activité adaptée. Il est très difficile, sur une base anamnestique de dater le moment où cette capacité de travail entière est revenue. Ceci est lié au fait que l'ensemble de la symptomatologie a été mal analysée compte tenu de la barrière linguistique du fait que les vertiges n'ont pas pu être caractérisés avec précision et de l'existence secondaire de craintes pour l'assurée. Dans le cadre de cet entretien, nous avons eu une longue discussion quant à l'ensemble de ses différents symptômes, de leurs intrications à ses diverses pathologies, ce qui l'a rassurée. Je lui ai notamment recommandé d'envisager des activités physiques, des attitudes comportementales engendrant une élévation de son seuil de sensibilité à la douleur, de ses troubles neurovégétatifs. Ceci devrait être repris par le Docteur K. \_\_\_\_\_ et lui permettre d'assurer une capacité de travail de 100%.

Au plan psychique :

Il n'y a pas d'incapacité de travail, au plan psychique, de 20% au moins.

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

Au plan physique :

Voir ci-dessus

Au plan psychique :

Le degré d'incapacité de travail n'a pas évolué au plan psychique (le degré d'incapacité est de 0%).

(...) »

Interpellé par le SMR, le Dr R. \_\_\_\_\_ a précisé le 15 novembre 2011 que la symptomatologie de l'assurée était fluctuante, avec 50% du temps où elle était normale, alors que le reste du temps, elle était asymptomatique, hormis une asthénie. Cette situation n'induisait pas de diminution de rendement, car la capacité de travail était entière dans une activité adaptée. Les experts n'ont retenu aucune baisse de rendement en lien avec l'asthénie, compte tenu de la normalité du bilan endocrinien, psychiatrique et neurologique. En définitive, ils n'ont pas retenu « d'incapacité de travail hormis la limitation du port de charges en raison de son problème radiculaire, non évolutif. Ce dernier n'a[vait] pas motivé de limitation de ses capacités de travail depuis 2003, date de sa mise en évidence par les neurochirurgiens du T. \_\_\_\_\_ ».

Dans un avis du SMR du 9 décembre 2011, les Drs P. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_ se sont ralliés aux conclusions de l'expertise et ont retenu que l'assurée ne présentait aucune pathologie sur le plan psychiatrique. Au niveau physique, elle souffrait d'une asthénie fluctuante, de symptômes douloureux diffus, de phénomènes de vertiges et d'une dystonie végétative, sans que ces atteintes ne diminuent durablement son rendement, compte tenu de la normalité du bilan endocrinien, neurologique et psychiatrique. L'atteinte lombaire justifiait une atteinte du rachis, mais restait sans effet sur la capacité de travail et sur le rendement.

Par décision du 24 mai 2012, accompagnée d'un courrier explicatif du même jour, l'OAI a nié le droit de l'assurée à une rente

d'invalidité ou à des mesures d'ordre professionnel, au motif qu'elle ne présentait pas d'atteinte à la santé ayant un caractère invalidant au sens de l'AI. Se fondant sur un rapport du SMR du 24 avril 2012, l'office a estimé que les atteintes à la santé affectant l'assurée tant sur le plan physique que psychique n'étaient pas à l'origine d'une diminution significative de la capacité de travail ou du rendement.

**B.** L'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité le 30 août 2013, au motif qu'elle souffrait d'une atteinte psychiatrique « depuis mars 2012 au moins » et qu'elle présentait une incapacité totale de travail depuis le 1<sup>er</sup> août 2013. Elle a joint à sa demande :

- un rapport du 2 juillet 2013 de la Dresse M.\_\_\_\_\_, psychiatre au Service de psychiatrie générale du T.\_\_\_\_\_, laquelle a posé les diagnostics de trouble dépressif majeur chronique, d'intensité modérée, de trouble psychotique non spécifique, de maladie de membres de la famille, de problèmes relationnels avec le partenaire et de problèmes relationnels parents-enfants. Au titre des diagnostics différentiels, la Dresse M.\_\_\_\_\_ a mentionné un trouble schizotypique et un trouble schizo-affectif unipolaire, dont, à ce stade, l'ensemble des critères n'était pas rempli. La psychiatre a attesté une totale incapacité de travail. Compte tenu du caractère chronique des symptômes et d'un environnement fragilisé par la présence de proches immédiats atteints de troubles psychiques sévères, la Dresse M.\_\_\_\_\_ a émis un pronostic réservé et peu favorable. Elle a préconisé de mettre en œuvre un soutien psychosocial familial, ainsi que d'adresser l'assurée à la section [...] spécialisée dans la prise en charge des troubles psychotiques au T.\_\_\_\_\_, pour mise en place d'un traitement psychiatrique individuel ;

- un rapport du 27 juillet 2012 de la Prof. N.\_\_\_\_\_, cheffe de clinique auprès du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du T.\_\_\_\_\_, à teneur duquel les examens pratiqués le 17 juillet 2012 avaient conduit aux conclusions suivantes :

« Le bilan neuropsychologique de cette patiente droitrière de 4 [...] ans, présentant une fatigabilité et une labilité attentionnelle et frappant par un ralentissement et un important défaut d'incitation, met en évidence des troubles exécutifs, des troubles fluctuants de

mémoire à court terme verbale et visuo-spaciale, des difficultés de mémoire épisodiques verbale et visuo-spatiale ainsi qu'une altération du raisonnement. Les fonctions instrumentales sont en revanche préservées. Nous relevons par ailleurs, sur le plan thymique, des signes d'un probable syndrome anxio-dépressif.

Ce tableau neuropsychologique nous paraît s'inscrire de manière prépondérante dans le cadre du probable trouble thymique décrit. (...)

DC : Troubles exécutifs de mémoire épisodique dans les deux modalités au premier plan. Probable syndrome anxio-dépressif. Adénome hypophysaire réséqué en 2003 ».

Compte tenu de ces éléments, l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de l'assurée et a procédé à son instruction.

Le 23 septembre 2013, l'OAI a versé à son dossier l'extrait de compte individuel AVS de l'assurée, dont il ressort qu'elle a été inscrite comme personne sans activité lucrative en 1995, et qu'hormis un mois en 1995, cinq mois en 2000 et sept mois en 2001, elle n'a cotisé qu'en qualité de personne sans activité lucrative.

Renseignant l'OAI le 24 septembre 2013 par le formulaire de détermination de son statut, l'assurée a indiqué que si elle n'était pas atteinte dans sa santé, elle travaillerait à 100%, particulièrement depuis l'invalidité de son mari, par intérêt personnel et par nécessité financière.

Dans un rapport du 1<sup>er</sup> octobre 2013 à l'OAI, le Dr K. \_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de dépression moyenne à majeure, de lombosciatalgies chroniques, d'acromégalie sur adénome de l'hypophyse opérée, de trouble de la personnalité, de céphalées chroniques et de trouble somatoforme différencié. Le médecin traitant a attesté une totale incapacité de travail depuis le 1<sup>er</sup> août 2010, l'assurée étant incapable d'exécuter les ordres dans les temps et correctement. Selon le Dr K. \_\_\_\_\_, on ne pouvait s'attendre à une reprise d'activité.

Selon la fiche d'examen du 3 octobre 2013 au dossier, une enquête ménagère serait nécessaire.

Renseignant l'OAI dans un rapport du 5 février 2014, la Dresse H.\_\_\_\_\_, cheffe de clinique adjointe à la policlinique du Département de psychiatrie du T.\_\_\_\_\_, a posé les diagnostics incapacitants de trouble dépressif majeur chronique (F33), de problèmes relationnels avec le partenaire (Z63.0), et de problèmes relationnels parents-enfants (Z63.8). Elle a également fait état des diagnostics différentiels de trouble schizotypique (F21) et de trouble somatoforme indifférencié (F45.1). La Dresse H.\_\_\_\_\_ a attesté une totale incapacité de travail depuis le 19 août 2013.

Le 7 février 2014, le gestionnaire en charge du dossier auprès de l'OAI a indiqué que le statut de l'assurée devrait être déterminé par une enquête aussitôt les limitations fonctionnelles connues.

Dans un avis du SMR du 4 avril 2014, le Dr D.\_\_\_\_\_ a retenu qu'il n'existait pas d'élément médical nouveau dénotant une aggravation depuis l'expertise du D.F.\_\_\_\_\_ du 26 juillet 2011. La capacité de travail exigible restait dès lors inchangée depuis la décision du 24 mai 2012.

Par projet de décision du 25 août 2014, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il envisageait de refuser sa demande de prestations du 30 août 2013. L'office a précisé qu'il avait retenu un statut de personne active à 100%, l'assurée conservant selon lui une totale capacité de travail dans toute activité lucrative.

Par l'entremise de Procap, l'assurée a fait valoir ses objections au projet précité le 11 novembre 2014. Elle a produit un rapport établi le 15 septembre 2014 par la Dresse B.\_\_\_\_\_, cheffe de clinique adjointe au Service de psychiatrie générale du T.\_\_\_\_\_, à teneur duquel elle était atteinte d'un trouble schizo-affectif unipolaire qui impliquait un isolement social, un ralentissement, une diminution de l'énergie, de l'appétit, de l'intérêt et de l'aptitude à se concentrer, ainsi que des idées suicidaires, ceci associé à des symptômes schizophréniques. L'assurée présentait des idées délirantes autour de l'image corporelle, de dons particuliers et de persécutions centrées sur la personne de son mari. Ces symptômes

impliquaient un degré d'invalidité important avec une perte significative et persistante de certains aspects du comportement et des aptitudes avec une inactivité totale. De ce fait, l'assurée se trouvait durablement en incapacité de travail.

Sur avis du SMR du 14 novembre 2014, l'OAI a mis en œuvre une expertise psychiatrique, qu'il a confiée au Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 16 avril 2016, l'expert a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail suivants :

- trouble panique (F41.0), survenue brutale de sentiment d'irréalité, de paresthésies, de peur de perdre le contrôle de soi, d'étourdissements, par exemple en sortant de chez soi, ou en prenant le bus,
- agoraphobie (F40.0), avec comportement d'évitement des foules, des endroits publics et peur de se déplacer non accompagnée,
- personnalité obsessionnelle (F40.0),
- somatisation (F45.0) : symptômes gastro-intestinaux, engourdissement et fourmillements.

Le Dr L.\_\_\_\_\_ s'est également exprimé en ces termes :

« (...)

#### **V. Cohérence**

1. Analyse détaillée et appréciation critique des divergences apparues entre les symptômes décrits et le comportement de l'assurée en situation d'examen, entre les observations faites par les experts de différentes spécialités, ou entre les éléments du dossier et les activités quotidiennes de l'assurée

L'évaluation rétrospective des descriptions cliniques de l'assurée, l'observation clinique lors de l'entretien, l'évaluation de la psychopathologie anxieuse par des tests psychométriques permet de confirmer l'existence d'un « fil rouge » d'un trouble panique. Pour retenir avec certitude le diagnostic de trouble panique, il faut au moins quatre symptômes typiques : la peur d'étouffer, présence de paresthésies, vécu de déréalisation, gêne abdominale, malaise, transpiration, fatigue suite à un état d'alerte permanent et difficultés de concentration. Ces critères sont largement remplis, et la présence d'une dramatisation est confirmée par les résultats du MMPI-II qui n'est pas interprétable en raison d'une discordance de score et confirmée par le TCI qui retient une personnalité obsessionnelle compulsive. Je ne peux pas m'inscrire en faux contre les constatations des collègues spécialistes en psychiatrie, et pour ma part je ne peux pas, lors de l'entretien d'investigation, confirmer l'observation de symptômes comme le vol de la pensée, un trouble délirant, des hallucinations auditives. Les symptômes décrits sont du

registre anxieux et évoquent la peur de la maladie, le débordement par le stress, l'envie d'attirer l'attention pour bénéficier d'aide et de reconnaissance sociale. Les critères ne sont pas remplis pour un trouble schizotypique ou une psychose affective unipolaire, selon mon observation bien sûr.

2. Analyse détaillée et appréciation critique des répercussions de l'incapacité de travail invoquée dans tous les domaines (profession, activité lucrative, ménage, loisirs et activités sociales)

L'assurée souffre d'un trouble panique avec agoraphobie et des somatisations anxieuses liées à ses faibles capacités émotionnelles de faire face. Elle exerce toujours, avec aide, ses tâches ménagères, et se ressent subjectivement fatiguée, débordée, maladroite. Elle n'a pas de formation professionnelle, mais a exercé et exerce encore son rôle de ménagère, mère au foyer.

3. Comparaison détaillée du niveau d'activité constatée avant et après l'apparition de l'atteinte à la santé

Apparition d'un trouble panique avec restriction de son autonomie surtout vis-à-vis de l'extérieur et ressenti d'épuisement subjectif. Il n'y a de mon point de vue pas d'aggravation objective et significative de la psychopathologie depuis 2013.

4. Version complète et critique de la prise en charge de l'abandon des options thérapeutiques

Cette approche a déjà été abordée plus haut.

5. Analyse permettant de savoir si l'assurée présente une aptitude de suivre une thérapie en raison même de sa maladie

L'assurée collabore au maximum de ses possibilités mais la symptomatologie panique est un frein manifeste.

## **VI. Capacité de travail**

1. Capacité dans l'activité exercée jusqu'ici

Femme de ménage jusqu'à 2004. Puis a travaillé comme ménagère jusqu'à aujourd'hui.

2. Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré

Capacité de travail de 80% au moins dans l'activité adaptée de ménagère à domicile. »

Dans un avis du SMR du 10 mai 2016, le Dr D. \_\_\_\_\_ s'est rallié aux conclusions du Dr L. \_\_\_\_\_ et a retenu « une capacité de travail exigible dans l'activité de référence de 80% ».

Par décision du 19 mai 2016, l'OAI a refusé le reclassement et la rente d'invalidité, en retenant notamment ce qui suit :

« (...)

Au formulaire pour déterminer le statut de la part active et celle ménagère, votre mandante déclare que si elle n'était pas atteinte dans sa santé, cette dernière aurait travaillé à plein temps. Dès lors, nous avons considéré le statut de votre mandante comme une personne active à 100%.

Il ressort des investigations médicales entreprises que, tout comme lors de notre première décision, la capacité de travail de votre mandante est toujours totale en toute activité lucrative. »

Dans un courrier du même jour, l'OAI a relevé que les conclusions du rapport d'expertise de Dr L.\_\_\_\_\_ faisaient ressortir qu'il n'y avait pas eu d'aggravation objective et significative de la psychopathologie de l'assurée, sa capacité de travail restant de 100% en toute activité lucrative.

**C.** Par acte du 23 juin 2016, Q.\_\_\_\_\_, représentée par Procap, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi des prestations de l'assurance-invalidité, et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. En substance, elle fait valoir qu'alors même qu'elle a été considérée par l'intimée comme personne active, le Dr L.\_\_\_\_\_ s'est limité à évaluer sa capacité de travail en tant que « ménagère à domicile » (80%), sans se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée. La recourante soutient que c'est dès lors de manière arbitraire que l'OAI a retenu une pleine capacité de travail dans toute activité lucrative. Inversement, si elle devait être considérée comme une ménagère à domicile, l'OAI aurait dû procéder à une enquête à domicile et évaluer l'invalidité selon la méthode spécifique. A l'appréciation du Dr L.\_\_\_\_\_ selon laquelle son état de santé n'aurait pas présenté d'aggravation objective et significative depuis 2013, la recourante rétorque que l'aggravation est probablement antérieure à 2013. En dernier lieu, l'assurée conteste les méthodes employées par l'expert, qui lui a remis plusieurs questionnaires relatifs à des tests psychologiques à faire à son domicile, malgré ses difficultés linguistiques. Pour tous les éléments qui précèdent, la recourante remet en cause la force probante du rapport

d'expertise du Dr L.\_\_\_\_\_. A titre des mesures d'instructions, elle sollicite la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

Dans sa réponse du 6 septembre 2016, l'intimé a proposé le rejet du recours. Il fait valoir que la question de la capacité de travail dans une activité lucrative adaptée peut rester en suspens, dès lors qu'il ressort de l'extrait de son compte individuel AVS que l'assurée a très peu travaillé depuis son entrée en Suisse. Durant plusieurs années, elle n'a entrepris aucune démarche pour exercer une activité professionnelle durable, même à temps partiel, alors qu'elle aurait eu l'occasion de le faire, tout au moins dès la scolarisation de ses enfants. L'OAI en conclut qu'elle semble s'être contentée de sa situation de femme au foyer et qu'il convient donc de la considérer comme personne sans activité lucrative. Les empêchements de l'intéressée étant de nature essentiellement psychique, l'intimé estime en outre que les constatations du Dr L.\_\_\_\_ sur la capacité à accomplir les travaux habituels ont en principe plus de poids que les conclusions d'une enquête ménagère. Ainsi, compte tenu de l'exigibilité au ménage d'au moins 80%, telle que retenue par l'expert, l'assurée présente un degré d'invalidité de l'ordre de 20%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Toujours selon l'OAI, les griefs invoqués par la recourante à l'encontre du rapport d'expertise du Dr L.\_\_\_\_, notamment s'agissant de sa valeur probante, sont infondés.

Par écritures des 3 octobre et 24 novembre 2016 pour la recourante, et du 27 octobre 2016 pour l'intimé, les parties ont maintenu leur position.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (cf. art. 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 en matière d'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

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

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

**b)** En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'AI à la suite de sa nouvelle demande du 30 août 2013. Le litige porte singulièrement sur le point de savoir si son degré d'invalidité a subi une modification significative entre la décision rendue le 24 mai 2012 et la décision litigieuse.

**3. a)** 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 (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 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 (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit 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 (cf. art. 6 LPGA).

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. c LAI).

L'assuré peut en outre prétendre à une mesure de reclassement s'il est invalide à 20% environ (cf. ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b).

**b)** Aux termes de l'art. 87 al. 2 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité (cf. art. 8 LPGA) de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions de l'al. 2 sont remplies. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, 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 (cf. ATF 133 V 108 et ATF 130 V 71 consid. 3.2).

Ces dispositions doivent permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3, 117 V 198 consid. 4b ; cf. TF 9C\_67/2009 consid. 1.2).

**4. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; cf. TF 8C\_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4).

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 également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée). Un rapport médical ne saurait au demeurant être

écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. Cependant, 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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; cf. Pratique VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc).

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 (cf. TF 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (cf. TF 9C\_268/2011 précité loc. cit.; cf. également TF 9C\_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2).

**b)** Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu hypothétique sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalidé). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

L'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels. Il s'agit de la méthode spécifique (art. 28a al. 2 LAI).

Enfin, lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit en outre ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'art. 28a al. 2 LAI pour cette activité-là. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels, puis calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question. L'invalidité totale de la personne assurée résultera de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et 125 V 146). C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27 bis RAI).

**c)** Pour évaluer le taux d'invalidité travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacun des travaux habituels. De longue date, le Tribunal fédéral a admis la conformité de cette pratique (TF 9C\_467/2007 du 19 mars 2008 consid. 3.3). Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 130 V 61 consid. 6.1, 128 V 93 ; cf. TF 9C\_693/2007 du 2 juillet 2008 consid. 3).

La réponse apportée à la question de savoir à quel taux d'activité la personne assurée travaillerait sans atteinte à la santé dépend

de l'ensemble des circonstances personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelles. Cette évaluation doit également prendre en considération la volonté hypothétique de l'assuré qui en tant que fait interne ne peut faire l'objet d'une administration directe de la preuve et doit en règle générale être déduite d'indices extérieurs (ATF 130 V 393 consid. 3.3 ; TF 9C\_64/2012 du 11 juillet 2012, consid. 5.2 et la référence).

**5.** En l'occurrence, il convient en premier lieu de définir le statut de l'assurée.

**a)** Dans la décision entreprise, l'intimé a retenu le statut de personne active à 100%, en se fondant sur les déclarations du 24 septembre 2013 de l'assurée, qui avait affirmé que, sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à 100%, particulièrement depuis l'invalidité de son conjoint. On peut relever à ce stade que dans le cadre de la demande de prestations du 10 décembre 2009, l'assurée avait fait les mêmes déclarations, et l'intimé avait également admis un statut d'active à 100%. Dans sa réponse au recours du 6 septembre 2016, l'OAI est toutefois revenu sur sa position, au motif que, depuis son arrivée en Suisse, l'assurée n'avait que peu travaillé, et que dès lors, il convenait finalement de lui attribuer le statut de personne sans activité lucrative et de calculer son invalidité selon la méthode spécifique d'évaluation des revenus (cf. réponse du 6 septembre 2016). Toujours de l'avis de l'intimé, dans la mesure où l'atteinte à la santé présentée par la recourante est de nature essentiellement psychique, les constatations d'ordre médical sur la capacité à accomplir les travaux habituels ont plus de poids que les conclusions d'une enquête à domicile, de sorte qu'une telle enquête n'est en l'espèce pas indispensable. L'OAI en conclut qu'en retenant le statut de personne occupée à 100% aux tâches ménagères et en se référant à une capacité résiduelle d'au moins 80%, telle qu'attestée par le DrL. \_\_\_\_\_, la recourante présente un taux d'invalidité de quelque 20%, insuffisant pour ouvrir le droit à des mesures de réadaptation ou à une rente d'invalidité.

De son côté, la recourante conteste cette nouvelle appréciation de son statut, soutenant que, comme elle l'a affirmé le 21 février 2009, lors de sa première demande de prestations, et le 20 septembre 2013, elle aurait exercé une activité lucrative à 100% si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé. Elle explique à cet égard que, durant de nombreuses années, elle a dû se consacrer à l'éducation de ses trois enfants, nés en 1992 et 1993, ce d'autant plus que son époux était invalide. Elle conteste s'être « contentée de sa situation de femme travaillant au foyer », comme le soutient l'intimée, et explique que, ses enfants grandissant, il ne faisait guère de doute qu'elle aurait recherché un emploi si elle n'en avait pas été empêchée par la survenance de nombreux problèmes de santé.

**b)** Comme le relève l'intimé, l'assurée a principalement cotisé en qualité de personne sans activité lucrative depuis son inscription auprès de l'AVS en 1995. L'extrait de son compte individuel ne fait état que de trois périodes de travail, soit un mois en 1995, cinq mois en 2000 et sept mois en 2001, pour des salaires respectifs de 234 fr. en 1995, 140 fr. en 2000 et 1'012 fr. en 2001. Son cas ne diffère dès lors pas sensiblement de celui ayant donné lieu à l'arrêt 9C\_875/2015 du 11 mars 2016, dans lequel le Tribunal fédéral a confirmé le statut de ménagère dans le cas d'une femme née en 1974, mère de deux enfants nés en 2001 et 2006, sans formation professionnelle, au statut initial de requérante d'asile (permis N), puis d'admise provisoire (permis F). Le Tribunal fédéral a retenu qu'alors même qu'aucun élément de sa situation personnelle ne s'opposait à la prise d'un emploi en Suisse, l'assurée n'avait jamais exercé d'activité lucrative et n'en aurait vraisemblablement pas exercé, même sans atteinte à la santé. Il a rappelé dans ce cadre que, pour déterminer la méthode d'évaluation du degré d'invalidité applicable au cas particulier, il faut non pas, malgré la teneur de l'art. 8 al. 3 LPGA, chercher à savoir dans quelle mesure l'exercice d'une activité lucrative aurait été exigible de la part de l'assuré, mais se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Selon la pratique, cette question doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la

force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteint le degré de vraisemblance prépondérante (consid. 6.2 et la référence citée).

En l'occurrence, au vu des éléments au dossier, force est de constater que la recourante n'aurait pas exercé une activité lucrative en Suisse. Arrivée dans ce pays en 1991, elle n'y a effectivement œuvré que durant quelques mois. L'âge de ses enfants n'aurait au demeurant pas été un obstacle à la reprise, à tout le moins progressive, d'une activité professionnelle. Dans ces circonstances, c'est un statut de ménagère qui aurait dû être retenu, et ce également dans le cadre de la décision initiale. Cette dernière n'est toutefois pas manifestement erronée.

**c)** Après la première décision, les atteintes à la santé psychique se sont - au degré de la vraisemblance prépondérante - péjorées. Le T.\_\_\_\_\_ avait déjà noté un probable trouble panique en 2006, avec des angoisses d'apparition subites, associées à une perte de l'élan vital et des troubles du sommeil, ainsi qu'à des idées suicidaires occasionnelles (rapport du 3 février 2006 des Drs W.\_\_\_\_\_ et R.S.\_\_\_\_\_). L'expertise du D.F.\_\_\_\_\_, qui cite ce rapport dans son « résumé du dossier », ne le discute toutefois pas, et ne constate aucun trouble psychique en 2011. Quoi qu'il en soit, par la suite, les symptômes sont réapparus, ou se sont péjorés ; le Dr L.\_\_\_\_\_ a ainsi en particulier retenu avec effet sur la capacité de travail un trouble panique dans son rapport du 16 avril 2016, et l'on peut dès lors admettre un motif de révision.

Dès lors que l'on procède à une révision, le statut peut être revu. Or ainsi qu'il résulte de la let. b ci-dessus, c'est bien un statut de personne sans activité lucrative qu'il convient de retenir dans le cas de la recourante.

**d)** Se pose dès lors la question de savoir si les éléments au dossier permettent de statuer en connaissance de cause sur le droit aux prestations.

Tel n'est toutefois pas le cas. Aucune enquête économique sur le ménage n'a été mise en œuvre, alors qu'une telle enquête est justifiée au vu du statut de la recourante, ce dont l'OAI ne disconvient pas (cf. sa fiche d'examen du 3 octobre 2013, son appréciation du 7 février 2014 et sa duplique du 27 octobre 2016). Il appartiendra toutefois à l'OAI - préalablement à la mise en œuvre de l'enquête ménagère - d'inviter le Dr L.\_\_\_\_\_ à mieux préciser les limitations fonctionnelles induites par l'atteinte à la santé psychique.

Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, afin qu'il fasse compléter l'expertise du Dr L.\_\_\_\_\_ dans le sens précité, puis mette en œuvre une enquête économique sur le ménage. Cela fait, il incombera ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante.

**e)** Compte tenu de l'issue de la cause, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête d'expertise judiciaire formulée par l'assurée à l'appui de son recours.

**6. a)** Le recours doit dès lors être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de constatation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à 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. (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD).

**c)** La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr., à la charge de l'intimé (cf. art. 61 let. g LPGA ; cf. également art. 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative] ; RSV 173.36.5.1).

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 19 mai 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et le dossier renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cent francs), sont mis à charge de l'intimé.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera une indemnité de dépens de 2'000 fr. (deux mille francs) à Q.\_\_\_\_\_.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Procap (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :