

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 juin 2018

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
M. Neu, juge, et M. Küng, assesseur
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

C. _____, à [...], recourante, représentée par Me Jana Burysek, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 6 ss et 37 al. 4 LPGA ; 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après : l'assurée ou la recoursante), née en 1969, mère de quatre enfants, a travaillé du 10 juin 2003 au 31 décembre 2004 en tant qu'aide-infirmière à 100 % auprès de l'R._____.

Le 11 octobre 2005, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en indiquant souffrir d'une dépression.

Dans un rapport du 18 janvier 2006, le Dr T._____, psychiatre traitant depuis le 5 avril 2005, a posé les diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen (F32.1) et d'état de stress post-traumatique (F43.1). La patiente avait été victime d'importantes violences conjugales au cours de son mariage. Dans le cadre de sa procédure de divorce, son état de santé psychique s'était dégradé. S'associaient des symptômes post-traumatiques liés aux violences conjugales subies et des symptômes dépressifs relatifs à l'éloignement de ses enfants, demeurés chez leur père. L'assurée était en incapacité totale de travailler depuis le 30 avril 2005. Une récupération à moyen terme de la capacité de travail, du moins partielle, était probable, selon les solutions apportées à la problématique familiale.

Le 1^{er} juin 2007, l'assurée a été examinée par la Dresse I._____, psychiatre au Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR). Dans son rapport d'examen psychiatrique du 16 juillet 2007, la spécialiste a retenu comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail un épisode dépressif moyen en rémission (F.32) et des difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie (Z.60.0). L'assurée ne souffrait d'aucune pathologie psychiatrique chronique et invalidante. La capacité de travail était totale dans toute activité depuis janvier 2006.

Par projet du 22 novembre 2007, confirmé par décision du 18 janvier 2008, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité et de mesures professionnelles, au motif que l'assurée ne présentait pas d'atteinte invalidante au sens de l'assurance-invalidité. Cette décision est entrée en force.

Du 1^{er} mars au 31 octobre 2011, l'assurée a été engagée en qualité d'aide-infirmière à 100 % par le V._____, dans le cadre d'une formation au terme de laquelle elle a obtenu un certificat d'auxiliaire en EMS.

Dès le 17 décembre 2012, elle a travaillé comme aide-infirmière auprès de la PP._____ à 100 %.

Le 21 mai 2013, alors qu'elle se trouvait en vacances au [...], l'intéressée a été victime d'un accident de la circulation, soit une collision frontale avec une autre voiture à environ 50 km/h. Le Service des urgences consulté sur place n'a pas effectué de bilan radiologique. Le 25 mai 2013, à son retour en Suisse, elle s'est rendue au W._____, où des contusions cervicales et au coude gauche, avec cervicalgies post-traumatiques ont été diagnostiquées (cf. certificat médical LAA du 28 juillet 2013 du Dr LL._____, médecin assistant). Les radiographies du coude et de la colonne cervico-dorsale effectuées n'ont montré aucune fracture, tassement ou luxation (cf. notamment rapport du 25 mai 2013 de la Dresse P._____, radiologue). L'assurée a été en incapacité totale de travail. D._____, assureur-accidents, a pris en charge le cas.

Le 22 juillet 2013, l'assurée a repris son activité professionnelle à 50 %. En incapacité totale de travail depuis le 14 novembre 2013, elle a été licenciée au 31 janvier 2014.

B. Le 31 janvier 2014, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, en faisant état de séquelles consécutives à une entorse cervicale survenue lors d'un accident de la circulation le 21 mai 2013.

D. _____ a mis en œuvre une expertise neurologique auprès du Dr Z. _____, neurologue. Celui-ci a examiné l'assurée le 10 mars 2014. Dans son rapport du 13 mars 2014, il a posé le diagnostic de douleurs cervico-brachiales gauches sans substrat neurologique. Il a précisé que ces douleurs n'avaient pas de composante somatique, en particulier traumatologique objectivable, et qu'elles survenaient dans un contexte psychique et socio-professionnel défavorable. Sur le plan neurologique, il n'y avait ni diagnostic, ni incapacité de travail en relation avec l'événement du 21 mai 2013. S'agissant de l'atteinte à l'épaule gauche, un avis auprès d'un chirurgien orthopédiste semblait nécessaire.

Dans un rapport du 26 mars 2014, la Dresse M. _____, médecin généraliste traitant, a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail d'entorse cervicale avec cervico-brachialgies C6 gauche irritative, y compris discarthrose C6-C7, et d'épicondylalgie gauche contusionnelle existant depuis le 21 mai 2013, ainsi que de probable trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et possible composante dépressive. N'avaient pas d'effet sur la capacité de travail les diagnostics de surcharge pondérale, d'hypertension traitée et de diabète découvert en 2000. L'incapacité de travail était totale depuis le 21 mai 2013. Une tentative de reprise à 50 % du 22 juillet au 14 novembre 2013 s'était soldée par un échec. La Dresse M. _____ a joint en annexe :

- un rapport établi le 10 juillet 2013 par le Dr H. _____, radiologue, faisant suite à une imagerie par résonance magnétique (IRM) du cerveau et de la colonne cervicale, concluant à une absence d'anomalie hormis une discarthrose C6-C7 et une discrète leucoencéphalopathie sous-corticale bifrontale aspécifique et de valeur pathologique incertaine ;
- un rapport du 3 septembre 2013 du Dr J. _____, neurologue, retenant un syndrome cervico-vertébral modéré, avec une cervico-brachialgie plutôt C6 à gauche irritative non déficitaire, une

palpation sensible de la région épicondylienne et une limitation relativement marquée de la mobilité de l'épaule gauche ;

- un rapport du 27 janvier 2014 de la Dresse F._____, spécialiste en chirurgie de la main, posant le diagnostic de status post-entorse cervicale et contusion du membre supérieur gauche le 21 mai 2013 avec syndrome douloureux cervico-brachial persistant.

Une expertise orthopédique a été mise en œuvre par D._____ concernant l'évaluation demandée par le Dr Z._____. Le Dr B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a examiné l'assurée le 25 juin 2014. Dans son rapport du 4 juillet 2014, le Dr B._____ a posé les diagnostics de syndrome douloureux cervico-dorso-lombaire d'origine indéterminée et d'ancienne contusion au coude gauche. Au niveau de l'appareil locomoteur périphérique, il n'avait pas observé de diagnostic correspondant à une lésion traumatique liée à l'accident du 21 mai 2013. Il n'y avait pas de séquelle de cet accident au niveau de l'appareil locomoteur périphérique et aucune limitation de la capacité de travail.

Par décision du 15 août 2014, D._____ a mis fin aux versements de prestations avec effet au 30 novembre 2013, faute de lien de causalité naturelle et adéquate entre les troubles et l'événement du 21 mai 2013 à partir de cette date.

Par décision du 16 décembre 2014, L._____, assurance d'indemnités journalières maladie, a informé l'assurée qu'elle n'allait pas octroyer de prestations. Elle s'est notamment fondée sur un rapport d'expertise établi le 9 octobre 2014 par la Dresse K._____, rhumatologue à la X._____, après avoir examiné l'assurée, retenant que cette dernière ne présentait pas de limitation fonctionnelle sur le plan de l'appareil locomoteur et que la capacité de travail était entière dans l'activité habituelle.

Dans un rapport final du 26 janvier 2015, HH._____, ergothérapeute, a retenu une névralgie brachiale incessante gauche. Les douleurs étaient toujours extrêmement fortes. La rééducation sensitive n'avait pas eu d'effet, de sorte qu'il était mis fin au traitement.

Le 28 janvier 2015, la Dresse M._____ a informé l'OAI que l'état de santé de sa patiente n'allait sans doute plus significativement évoluer. L'intéressée rapportait être fortement limitée par ses douleurs, qu'elle décrivait comme neuropathiques et musculaires (contractures cervico-scapulaires homolatérales). La Dresse M._____ a suggéré l'octroi d'une réadaptation professionnelle, la reprise d'une activité d'aide-soignante lui semblant compromise.

Par avis médical du 4 février 2015, le Dr ZZ._____, médecin au SMR, a relevé que les experts ne constataient aucune atteinte organique. Estimant qu'il s'agissait d'un syndrome douloureux chronique, il suggérait de procéder à une exploration psychiatrique.

Le 23 décembre 2015, la Dresse M._____ a transmis un rapport du 14 juillet 2014 de la Dresse F._____, selon lequel l'assurée présentait toujours un syndrome douloureux cervico-brachial prédominant à gauche.

L'OAI a informé l'assurée, désormais représentée par Me Jana Burysek, qu'il avait confié une expertise psychiatrique au Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Il a transmis à ce dernier le 13 janvier 2016 une liste de questions formulées par le conseil de l'intéressée. Après avoir examiné l'assurée, le Dr G._____ a retenu dans son rapport du 12 mars 2016 le diagnostic de fluctuations dysthymiques en lien avec le syndrome douloureux circonscrit subjectif. Ceci n'avait pas d'incidence sur la capacité de travail. Il n'y avait aucune atteinte significative sur le plan psychiatrique et la capacité de travail avait toujours été entière dans toute activité. L'expert a fait état de ce qui suit :

« [...] L'assurée elle-même, aujourd'hui, a parlé de dépression mais ceci dans le sens d'une définition très personnelle. Ses plaintes

principales concernaient les douleurs à l'épaule gauche, son bras gauche, des douleurs à la tête et à la nuque et en bas du dos. Elles concernaient également des limitations fonctionnelles qu'elle nous a décrites d'une manière assez dramatique, lâchage divers, chutes de son assiette par terre, tasse de café tombée, impossibilité de prendre des outils etc. Elle mettait très clairement la souffrance psychique (appelée dépression) en lien avec ces phénomènes (douleurs et limitations) et son besoin d'aide et des moments d'énervement. Elle se disait parfois un peu triste, à d'autres moments souvent triste, mais surtout inquiète pour son état, notamment sa crainte de devenir paralysée. Elle a amené cette idée à plusieurs reprises avec un tableau noir d'une femme en chaise roulante.

Dans les observations cliniques, la situation était cependant passablement différente. Nous avons vu une femme qui était dans une habilité corporelle proche de la normalité, sans signes de dysfonctionnement majeur. Elle s'est présentée seule à l'examen, bien soignée, souriante au début, sans ralentissement significatif (aussi application échelle EDR [échelle de ralentissement]), dans un contact facile, un discours centré sur le somatique, informatif, sans trouble cognitif aucun, sans trouble formel de la pensée. Sur le plan affectif, nous avons observé une légère labilité d'humeur avec quelques moments où elle était en larmes, en lien avec quelques points évoqués, notamment ses limitations fonctionnelles, ses craintes du futur et des réactions inquiètes de son entourage vis-à-vis d'elle. Autrement, elle pouvait être souriante à plusieurs reprises, elle était d'une manière dominante plutôt dans une bonne humeur, il y avait une résonance affective palpable, une énergie vitale maintenue et elle nous a fait part d'ouvertures pour des choses de la vie et des plaisirs. Au niveau de sa personnalité, nous n'avons pas constaté de problème majeur, pas de suspicion pour un trouble clinique de personnalité, mais elle était dans une position de victime, mécontente de la non-reconnaissance de sa souffrance et dans une conviction personnelle d'être incapable pour la plupart des activités à domicile et toutes les activités professionnelles imaginables.

Pourtant, lorsque nous avons passé l'anamnèse dirigée, ses descriptions, par exemple le déroulement de son quotidien, sa participation aussi à la cuisine, les courses, la lessive, soins de ses petits-enfants, etc., étaient passablement contradictoires avec ce premier tableau négatif dessiné. En somme nous ne pouvions pas nous défaire de l'impression d'une forte dramatisation. Notons aussi que dans les descriptions de l'assurée, il y a une forte mobilisation de son entourage, ceci dans le sens de se faire du souci pour elle, mais aussi à participer pratiquement.

La question de la présence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant s'est posée à plusieurs reprises. Nous n'allons pas retenir ce terme diagnostique pour plusieurs raisons :

1. Il y avait certes une dominance de plaintes douloureuses, mais strictement limitées à des endroits touchés par l'accident : main gauche, bras gauche, épaule gauche, nuque et bas du dos.
2. Il n'y avait pas de description de douleurs généralisées affectant l'ensemble des quatre cadrans du corps, comme les critères pour le diagnostic d'une fibromyalgie (mis en équivalence) le postulent.

Tout à fait en analogie avec ce que les experts précédents ont retenu, il s'agit donc d'un syndrome douloureux localisé et surtout subjectif.

Du côté psychique/psychiatrique, il n'y a pas de comorbidité. Les fluctuations dysthymiques liées à la souffrance personnelle n'atteignent pas le niveau véritable de diagnostic. Il est de même pour les anxiétés exprimées par rapport à son état actuel et futur : là aussi il n'y a pas de pathologie véritable de l'anxiété.

Le status psychiatrique était plutôt rassurant et par ailleurs l'assurée n'est absolument pas demandeuse d'un suivi spécialisé (ce qu'elle a effectué dans le passé), ni de médication. Notons aussi que son médecin traitant qui la connaît de longue date n'a pas retenu de diagnostic particulier dans notre domaine. »

Par avis médical du 13 avril 2016, le Dr Q._____, médecin au SMR, s'est rallié aux conclusions du Dr G._____ et a ajouté que l'absence d'atteinte organique avait été retenue par le Dr ZZ._____. La capacité de travail demeurait donc inchangée depuis la décision du 18 janvier 2008 de l'OAI.

Par projet de décision du 18 avril 2016, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de refuser l'octroi d'une rente d'invalidité, au motif qu'elle ne présentait pas d'atteinte incapacitante au sens de l'assurance-invalidité.

Le 20 mai 2016, l'assurée, par son conseil, s'est opposée à ce projet. Elle a affirmé que l'évaluation des travaux domestiques effectuée par le Dr G._____ était erronée et qu'il n'avait pas tenu compte de ses pertes de connaissances. Elle a contesté les diagnostics retenus par l'expert. En outre, elle était suivie par une psychologue, laquelle n'avait pas été interpellée, de sorte que l'instruction du dossier était incomplète. Elle a requis l'assistance juridique gratuite.

Par projet de décision incidente du 16 juin 2016, l'OAI a fait savoir à l'assurée, par son conseil, qu'elle entendait rejeter sa demande d'assistance juridique gratuite, car le degré de complexité des points litigieux n'était pas tel qu'il nécessitait l'assistance d'un avocat. En outre, les exigences formelles concernant cette procédure étaient très peu élevées.

Le 22 août 2016, l'assurée, par son conseil, a contesté ce projet, soutenant que la compréhension d'une expertise médicale de manière à en tirer les points litigieux exigeait certaines connaissances. De surcroît, elle n'était pas familiarisée avec la procédure administrative.

Par décision incidente du 7 septembre 2016, l'OAI a confirmé le refus d'octroi de l'assistance juridique gratuite, dans les termes de son projet. Par courrier du même jour, il a expliqué que la présente procédure ne revêtait aucun caractère exceptionnel et qu'un assistant social ou toute autre personne de confiance pourrait soutenir l'intéressée dans ses démarches, sans qu'elle ne doive solliciter les services d'un avocat.

L'assurée a séjourné à la NN._____ (ci-après : la NN._____) du 16 novembre au 6 décembre 2016. Dans leur rapport du 19 décembre 2016, les Drs SS._____ et DD._____, neurologues, ainsi que le Dr BB._____, médecin assistant à la NN._____, ont posé les diagnostics de cervico-brachialgie gauche post-traumatique sur accident de la voie publique le 21 mai 2013, avec une légère discarthrose en C6-C7, ainsi que de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Les comorbidités étaient un diabète de type 2, une hypertension artérielle, une dyslipidémie, un tabagisme et de l'obésité. Les médecins ont indiqué qu'au cours du séjour, l'assurée avait rencontré un consultant en psychiatrie, lequel avait constaté la présence d'une importante détresse psychologique entraînant une majoration des symptômes physiques. Selon les médecins, il n'y avait aucune limitation d'origine médicale objective pour l'exercice de l'activité d'aide-soignante. Ils ont estimé qu'une reprise à 50 % pouvait être envisageable dès le début 2017, avec une augmentation progressive jusqu'à 100 % dans les mois à venir.

Le 31 janvier 2017, l'assurée, par son conseil, a notamment transmis les documents suivants :

- un certificat établi le 5 décembre 2016 par le Dr BB._____, attestant une incapacité totale de travail du 7 au 31 décembre 2016 et de 50 % pour toute l'année 2017 ;
- un rapport du 21 décembre 2016 de S._____, psychologue au Centre d'antalgie du W._____, posant les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.10) et de trouble psycho-traumatique complexe (F43.1). Au titre de l'anamnèse, elle a notamment indiqué que l'assurée était arrivée en Suisse en 1990 pour fuir la guerre au [...] et rejoindre son ex-mari réfugié politique. Un suivi psychothérapie avait été proposé à la patiente auprès du Dr KK._____, psychiatre, ce qu'elle avait accepté.

Par avis médical du 23 février 2017, le Dr Q._____ a relevé que le rapport de la NN._____ ne décrivait aucune atteinte à la santé nouvelle, ni aucune aggravation notable et durable des atteintes à la santé de l'assurée. Le rapport de S._____ n'évoquait pas d'aggravation depuis l'expertise du Dr G._____.

Par décision du 27 février 2017, l'OAI a confirmé le refus d'octroi d'une rente d'invalidité, au motif que l'assurée ne présentait pas d'atteinte incapacitante au sens de l'assurance-invalidité et que sa capacité de travail était totale dans toute activité. Par courrier du même jour, l'OAI a expliqué que les rapports médicaux transmis n'apportaient aucun élément susceptible de modifier sa position.

C. Par acte du 31 mars 2017, C._____, par son conseil, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal d'une part contre la décision incidente du 7 septembre 2016, d'autre part contre la décision du 27 février 2017, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'elle avait droit à une rente d'invalidité, dont le taux était à déterminer, dès le 1^{er} juillet 2014, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision au sens des considérants, ainsi qu'à l'octroi de l'assistance juridique gratuite dans les procédures administrative et de recours. Elle a fait grief à l'OAI de s'être fondé sur des

expertises individuelles au lieu d'une expertise pluridisciplinaire. Elle a soutenu que le rapport du Dr G._____ ne revêtait pas une pleine valeur probante, puisqu'il était contradictoire avec ceux de la NN._____ et de S._____. L'évaluation des travaux domestiques était en outre erronée et contradictoire. Le Dr G._____ ne pouvait écarter le diagnostic de trouble somatoforme douloureux ou de fibromyalgie puisqu'il ne semblait pas avoir procédé aux examens médicaux idoines. Cette expertise devait ainsi être complétée sur la question de la fibromyalgie. Le Dr G._____ n'avait pas non plus tenu compte de ses pertes de connaissance survenant trois ou quatre fois par mois, de son isolement social et de ses troubles du sommeil. Par ailleurs, en n'interpellant pas le Dr KK._____ avant de rendre sa décision, l'OAI avait violé le principe inquisitoire. S'agissant de l'octroi de l'assistance juridique gratuite dans la procédure administrative, elle a fait valoir qu'elle n'était en aucun cas familiarisée avec cette procédure. Enfin, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire rhumatologique et psychiatrique.

Par décision du 23 mai 2017, la juge en charge de l'instruction a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 31 mars 2017, soit l'exonération d'avances et des frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Jana Burysek. La recourante a par ailleurs été astreinte à verser une franchise mensuelle de 100 fr. à compter du 1^{er} juillet 2017.

Dans sa réponse du 23 juin 2017, l'OAI a conclu à l'irrecevabilité du recours dirigé contre la décision incidente du 7 septembre 2016 en raison de sa tardiveté, ainsi qu'au rejet du recours à l'encontre de la décision finale du 27 février 2017. Il a expliqué qu'une expertise pluridisciplinaire n'était pas une condition nécessaire pour apprécier la situation. Aucun élément objectif aurait été ignoré ou serait survenu depuis les expertises. Par ailleurs, le Dr G._____ avait examiné la question d'un éventuel trouble somatoforme douloureux, respectivement d'une fibromyalgie, et de sa répercussion sur la capacité de travail, avant de conclure que les critères pour un tel diagnostic n'étaient pas remplis.

Par réplique du 23 août 2017, la recourante a maintenu ses conclusions. Elle a soutenu que l'expertise du Dr G._____ ne pouvait être considérée comme complète, puisqu'il n'avait pas tenu compte des traumatismes subis durant la guerre au [...], des violences conjugales endurées pendant seize ans et de son importante médication. Elle a joint les pièces suivantes :

- un courrier du 15 juin 2017 adressé par le Dr Z._____ à la Dresse M._____, décrivant que la patiente rapportait des malaises avec des nausées et des vomissements, d'autres précédés par une fatigue, l'obligeant à s'étendre sur le canapé, sur lequel elle restait, selon ses déclarations, dans « le coma pendant 3-4 heures ». Le Dr Z._____ concluait à un status et à un électroencéphalogramme normaux et estimait que la médication prise pouvait éventuellement être responsable de ce qui pouvait correspondre à des endormissements ;
- un rapport du 29 juin 2017 de RR._____, psychothérapeute, laquelle suivait la recourante depuis le 26 janvier 2017 sur délégation du Dr KK._____. Elle indiquait que sa patiente était remariée avec un homme qui la soutenait beaucoup, après avoir subi une période terrible avec son premier mari. L'accident de circulation en 2013 semblait avoir brisé un équilibre somato-psychique péniblement retrouvé après des années de vie de couple traumatique. Selon la patiente, ses « malaises » ne lui permettaient pas de reprendre un travail, malgré sa bonne volonté. La psychothérapeute concluait qu'il n'était pas judicieux que sa patiente travaille en tant qu'aide-soignante en l'état de sa santé physique et psychique.

Par duplique du 17 octobre 2017, l'OAI a maintenu ses conclusions. Il a produit un avis médical du 3 octobre 2017 du Dr Q._____, selon lequel le courrier de RR._____ ne rapportait aucune aggravation entre l'expertise du Dr G._____ et la décision litigieuse. En

outre, le rapport du Dr Z._____ concluait à un status neurologique et à un électroencéphalogramme normaux.

Le 17 avril 2018, Me Burysek a produit la liste de ses opérations.

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 (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 (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) La 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). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

c) La décision par laquelle l'assureur accorde ou refuse l'assistance juridique gratuite pour la procédure administrative en matière d'assurance sociale en vertu de l'art. 37 al. 4 LPGA est une décision incidente d'ordonnancement de la procédure au sens de l'art. 52 al. 1 LPGA. Le recours contre les décisions incidentes est soumis aux conditions restrictives posées par les art. 45 et 46 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021), applicables par analogie (ATF 141 V 330 consid. 5.1, 139 V 492 consid. 3.1, 137 V 210 consid. 3.4.1.2 et 3.4.2.7 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3^{ème} éd., Zürich/Bâle/Genève 2015, n° 10, 16, 17 ad art. 56 ; Andreas Traub,

Gerichtsverfahren, in : Steiger-Sackmann/Mosimann [édit.], Recht der Sozialen Sicherheit, Bâle 2014, n° 5.80 ss p. 201, n° 5.84 p. 202). Selon ces dispositions, une décision incidente peut faire l'objet d'un recours lorsqu'elle est notifiée séparément et porte sur la compétence de l'autorité ou sur une récusation (art. 45 al. 1 PA) ; elle peut également faire l'objet d'un recours lorsqu'elle est rendue séparément et qu'elle peut entraîner un préjudice irréparable ou si l'admission du recours peut conduire immédiatement à une décision finale qui permet d'éviter une procédure probatoire longue et coûteuse (art. 46 al. 1 PA). Cela étant, en dehors des hypothèses visées par l'art. 45 al. 1 PA, le recours contre la décision incidente ne doit pas nécessairement être interjeté séparément, mais peut être formé avec le recours contre la décision finale. Contrairement à ce que soutient l'intimé, le recours n'est donc pas tardif en tant qu'il porte sur le refus d'octroi de l'assistance juridique gratuite en procédure administrative.

d) Le recours a été déposé en temps utile et satisfait en outre aux autres conditions de forme prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il 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 et 125 V 413 consid. 2c).

b) Le présent litige a trait d'une part à l'octroi de l'assistance juridique gratuite en procédure administrative et d'autre part au droit de la recourante à une rente d'invalidité.

3. Il convient tout d'abord d'examiner si l'assurée avait droit à l'assistance juridique gratuite en procédure administrative.

a) Dans la procédure administrative en matière d'assurances sociales, l'assistance gratuite d'un conseil juridique est accordée au demandeur lorsque les circonstances l'exigent (art. 37 al. 4 LPGA).

La LPGA a ainsi introduit une réglementation légale de l'assistance juridique dans la procédure administrative (ATF 133 V 441 consid. 3, 132 V 200 consid. 4.1, 131 V 153 consid. 3.1). La jurisprudence y relative rendue dans le cadre de l'art. 4 aCst. (cf. art. 29 al. 3 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]) sur les conditions de l'assistance judiciaire en procédure d'opposition – soit : la partie est dans le besoin, les conclusions ne sont pas dépourvues de toutes chances de succès et l'assistance est objectivement indiquée d'après les circonstances concrètes – continue de s'appliquer, conformément à la volonté du législateur (ATF 132 V 200 consid. 4.1 et les références).

Le point de savoir si les conditions de l'assistance sont réalisées doit être examiné au regard de critères plus sévères dans la procédure administrative que dans la procédure judiciaire. En effet, l'art. 61 let. f LPGA, applicable à la procédure judiciaire, prévoit d'accorder l'assistance judiciaire gratuite lorsque les circonstances le « justifient », tandis que l'art. 37 al. 4 LPGA, applicable à la procédure administrative, prévoit d'accorder l'assistance gratuite d'un conseil juridique lorsque les circonstances « l'exigent » (TF 9C_964/2010 du 30 mai 2011 consid. 3).

L'assistance d'un avocat s'impose uniquement dans les cas exceptionnels où il est fait appel à un avocat parce que des questions de droit ou de fait difficiles rendent son assistance apparemment nécessaire et qu'une assistance par le représentant d'une association, par un assistant social ou d'autres professionnels ou personnes de confiance d'institutions sociales n'entrent pas en considération (ATF 132 V 200 consid. 4.1 et les références ; TF 9C_786/2017 du 21 février 2018

consid. 4.2). A cet égard, il y a lieu de tenir compte du cas d'espèce, de la particularité des règles de procédure applicables, ainsi que des spécificités de la procédure administrative en cours. Si la procédure en cause présente des risques importants pour la situation juridique de l'intéressé, l'assistance gratuite d'un défenseur est en principe accordée. Tel n'est pas le cas du droit éventuel à une rente d'invalidité, lequel n'est pas susceptible d'affecter de manière particulièrement grave la situation juridique de l'assuré, mais a en revanche une portée considérable (TF 9C_786/2017 loc. cit., TF 9C_105/2007 du 13 novembre 2007 consid. 3.1). Si la procédure ne présente pas de risques importants pour la situation juridique de l'intéressé, l'assistance juridique ne sera accordée que si, à la difficulté relative de l'affaire, s'ajoutent des problèmes de fait ou de droit auxquels le requérant ne pourrait faire face seul (ATF 130 I 180 consid. 2.2 et les références ; TF 9C_786/2017 loc. cit.). Il faut mentionner, en plus de la complexité des questions de droit et de l'état de fait, les circonstances qui tiennent à la personne concernée, comme sa capacité de s'orienter dans une procédure (ATF 132 V 200 consid. 4.1 et les références). Dès lors, le fait que l'intéressé puisse bénéficier de l'assistance de représentants d'associations, d'assistants sociaux ou encore de spécialistes ou de personnes de confiance œuvrant au sein d'institutions sociales permet d'inférer que l'assistance d'un avocat n'est ni nécessaire ni indiquée (TF 9C_786/2017 loc. cit. et les références).

b) En l'occurrence, la procédure administrative portait sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, plus particulièrement sur sa capacité de travail. Il ne ressort pas des pièces au dossier que le cas soulevait des questions de droit ou de fait difficiles qu'un représentant d'une association, par exemple, n'aurait pu relever. En outre, l'intéressée ne peut se prévaloir du fait qu'elle n'était pas familiarisée avec la procédure administrative, car la plupart des assurés se trouvent dans cette position. Les exigences formelles de cette procédure sont de surcroît très peu élevées. Ainsi, il y a lieu de retenir que l'assistance d'un avocat n'était pas nécessaire, de sorte que le refus de l'OAI d'accorder l'assistance juridique dans la procédure administrative était justifié.

4. 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 (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 (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 (art. 6 LPGA in fine).

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).

b) 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. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4).

c) Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3).

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_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3, 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 (TF 9C_268/2011 loc. cit., avec la jurisprudence citée).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

5. Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et 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 consid. 5, 130 V 343 consid. 3.5.2 et 125 V 368 consid. 2 et la référence citée ; TF 9C_399/2015 du 11 février 2016 consid. 2, 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 3). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition (ATF 130 V 71 consid. 3 ; TF 9C_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1) qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1). Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision (ATF 133 V 545 consid. 6.1, 130 V 343 consid. 3.5).

6. En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par l'assurée en janvier 2014. Il convient dès lors d'examiner si, entre la dernière décision de refus de prestations entrée en force – soit celle du 18 janvier 2008 – et la décision litigieuse du 27 février 2017, l'état de santé de la recourante s'est modifié de façon à influencer son droit à une rente d'invalidité.

La décision attaquée est principalement basée sur les expertises figurant au dossier, lesquelles ne retiennent pas de diagnostic justifiant une incapacité de travail.

Sur le plan somatique, il y a lieu de relever, à l'instar du Dr ZZ._____, que les différents experts ayant examiné l'assurée n'ont pas constaté d'atteinte organique (cf. avis médical du 4 février 2015). Il ressort en effet du rapport d'expertise neurologique établi le 13 mars 2014 par le Dr Z._____ que les douleurs cervico-brachiales gauches de la recourante n'ont aucun substrat neurologique. Le spécialiste a précisé qu'il n'avait pas d'explication somatique pour ces douleurs, mais relevait un contexte psychique et socio-professionnel défavorable. Il n'y avait aucune incapacité de travail en relation avec l'accident du 21 mai 2013. Dans son courrier du 15 juin 2017, le Dr Z._____ a également conclu à un status neurologique et à un électroencéphalogramme normaux, suggérant que les endormissements de l'assurée pouvaient être dus à sa médication. Au plan orthopédique, le Dr B._____ n'a pas non plus trouvé d'explication aux douleurs présentées par l'assurée et a conclu à une origine indéterminée. Il a relevé qu'il n'avait décelé aucune lésion traumatique liée à l'accident du 21 mai 2013, lequel n'avait pas entraîné de séquelle au niveau de l'appareil locomoteur périphérique, ni une limitation de la capacité de travail (cf. rapport d'expertise du 25 juin 2014). Enfin, sur le plan rhumatologique, la Dresse K._____ a constaté l'absence de limitation fonctionnelle de l'appareil locomoteur et conclu à une entière capacité de travail dans l'activité habituelle (cf. rapport d'expertise du 9 octobre 2014).

Ces différents rapports remplissent les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, ce que la recourante ne conteste pas. Chacun des experts s'est en effet fondé sur une anamnèse et un examen complet de l'assurée, a pris en considération ses plaintes, a décrit clairement le contexte médical et présenté des conclusions bien motivées. La situation au plan somatique, plus particulièrement neurologique, a d'ailleurs été confirmée par la suite par les médecins de la NN._____ dans leur rapport du 19 décembre 2016. Ils

ont eux aussi conclu que l'intéressée ne présentait aucune limitation d'origine médicale objective pour l'exercice de l'activité d'aide-soignante. Ils ont ajouté qu'une reprise de l'activité professionnelle à temps partiel pouvait être envisageable, avec une augmentation progressive jusqu'à 100 % dans les mois à venir, contrairement au certificat médical - aucunement motivé - établi quelques jours auparavant par le Dr BB._____. Par ailleurs, les médecins de la NN._____ ont relevé que le consultant en psychiatrie ayant examiné l'assurée au cours du séjour avait noté une importante détresse psychologique entraînant une majoration des symptômes physiques.

7. Ainsi, demeure la question de savoir si l'intéressée présente une atteinte invalidante sur le plan psychiatrique.

a) 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 - la capacité de travail raisonnablement exigible d'un assuré souffrant d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tel que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1) et la fibromyalgie (ATF 132 V 65).

Dans un arrêt du 3 juin 2015 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 de l'arrêt cité et jurisprudence citée). 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 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). 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 de l'arrêt cité).

La preuve d'un trouble somatoforme douloureux - ou d'une affection psychosomatique assimilée - 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 (consid. 2.2 de l'arrêt cité, TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). 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.

Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (consid. 4.1.1 de l'arrêt cité).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance

à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (consid. 4.3 de l'arrêt cité).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (consid. 4.4 de l'arrêt cité).

b) Le Tribunal fédéral a récemment étendu l'application de la procédure d'administration des preuves prévalant en matière de troubles douloureux sans substrat organique (troubles somatoformes douloureux) et de troubles psychosomatiques analogues à l'ensemble des maladies psychiatriques (ATF 143 V 418 et 143 V 409).

c) En l'espèce, dans son rapport d'expertise du 12 mars 2016, le Dr G. _____ a conclu à l'absence d'une atteinte significative sur le plan psychiatrique et à une capacité de travail totale dans toute activité.

Cette expertise a été établie en pleine connaissance de l'anamnèse. L'expert a décrit de manière détaillée les plaintes de la recourante et en a tenu compte. Contrairement à ce que soutient cette dernière, le Dr G. _____ a également pris en considération les violences conjugales endurées lors de son premier mariage. En effet, il a relevé que la situation conjugale à l'époque était très difficile, voire extrêmement difficile, en se fondant sur les descriptions effectuées par le Dr T. _____ dans son rapport du 18 janvier 2006, psychiatre traitant en ce temps-là, lequel avait fait état des traumatismes vécus et même posé le diagnostic d'un stress post-traumatique. Le Dr G. _____ a également rapporté que l'assurée avait décrit son ex-mari comme un homme avec une double personnalité, un harceleur avec des violences verbales et physiques, des menaces de mort et des comportements déviants, qui avait même fait de la prison pour des violences. La problématique conjugale avait néanmoins pu être quelque peu résolue, avec un divorce en 2007 et l'obtention de la garde de ses enfants. En outre, l'intéressée s'est remariée en 2009 et a elle-même expliqué que son couple allait bien. Par la suite, elle a repris le travail à 100 % dans le cadre d'une formation au terme de laquelle elle a obtenu un certificat, puis a été engagée par un nouvel employeur, toujours au taux de 100 %, ceci jusqu'à son accident en mai 2013. Ces éléments donnent à penser que les violences conjugales subies lors de son premier mariage n'avaient plus une incidence prépondérante sur son état de santé. Par ailleurs, le Dr G. _____ a fait état des « absences » dont se prévaut la recourante - précisant que l'expertisée était convaincue qu'il

s'agissait d'une absence et non pas de sommeil -, ainsi que de la médication prise.

De surcroît, la description du contexte médical faite par le Dr G._____ et son appréciation de la situation médicale sont claires. Il a expliqué de manière pertinente les différents éléments l'ayant amené à ses conclusions, qui sont ainsi bien motivées. En effet, il a indiqué qu'il ne retenait pas un syndrome douloureux somatoforme persistant, car même s'il y avait une dominance des plaintes douloureuses, elles étaient strictement liées à des endroits touchés par l'accident de la circulation, soit la main, le bras et l'épaule gauche, ainsi que la nuque et le bas du dos. Il a ajouté qu'il n'y avait pas non plus de description de douleurs généralisées affectant l'ensemble des quatre cadrans du corps, nécessaires pour remplir les critères de diagnostic d'une fibromyalgie, de sorte que la recourante ne peut lui reprocher de ne pas avoir mentionné le nombre de points de fibromyalgie constatés. Selon la nouvelle jurisprudence en matière de troubles somatoformes et affections psychosomatiques assimilées, il faut en premier lieu, pour qu'un tel trouble soit retenu, que l'atteinte soit diagnostiquée dans les règles de l'art. Cela n'est pas le cas en l'espèce, l'expert ayant écarté ce diagnostic. Au demeurant, les deux psychologues consultées par la recourante, soit S._____ (cf. rapport du 21 décembre 2016) et RR._____ (cf. rapport du 29 juin 2017), ne retiennent pas non plus un tel diagnostic.

En tout état de cause, le Dr G._____ a procédé à une analyse des indicateurs de la nouvelle jurisprudence en la matière pour se déterminer quant à la capacité de travail de l'intéressée. Cette analyse aboutit de manière convaincante au constat que l'assurée dispose d'une pleine capacité de travail. En effet, l'expert a notamment relevé que l'énergie vitale de l'assurée était maintenue et qu'elle lui avait fait part de plaisirs. Il a expliqué ne pas avoir constaté de problème majeur au niveau de la personnalité, ni de suspicion de trouble clinique de la personnalité, même si elle était dans une position de victime, mécontente de la non-reconnaissance de sa souffrance, ainsi que dans une conviction personnelle d'être incapable d'effectuer la plupart des tâches à domicile et

une activité professionnelle. Selon l'expert, les fluctuations dysthymiques liées à la souffrance personnelle n'atteignaient pas le niveau véritable de diagnostic, tout comme les anxiétés exprimées par rapport à son état. Ainsi, l'assurée ne présente pas de comorbidité au plan psychique pouvant avoir un effet sur ses ressources adaptatives. Tel que relevé par le Dr G._____, le parcours de l'intéressée dès sa venue en Suisse, tant du point de vue personnel que professionnel (activités diverses, en particulier femme de ménage, aide de cuisine, aide-soignante avec certification), démontre d'ailleurs une très bonne capacité adaptative. L'expert a ajouté qu'en dehors des auto-limitations, elle disposait de bonnes ressources. De surcroît, elle est bien entourée par son mari et ses enfants, avec lesquelles elle entretient de bonnes relations. S'agissant de l'indicateur relatif à la cohérence, le Dr G._____ a souligné son impression d'une forte dramatisation, expliquant que les descriptions que l'intéressée faisait de son quotidien étaient passablement contradictoires avec le tableau négatif qu'elle avait dessiné. En effet, elle a exposé que le matin, elle allait marcher et faire quelques courses, puis rentrait se reposer et préparer le repas, sortait encore un peu l'après-midi, avant de se charger du repas du soir et de passer du temps avec sa famille. C'est elle qui assumait la lessive, s'occupait de l'alimentation, de l'entretien de la maison et des tâches administratives, avec l'aide de membres de sa famille. Elle se rendait en outre régulièrement au [...]. Dans son recours, l'intéressée soutient qu'elle doit faire appel à une femme de ménage plusieurs fois par année pour effectuer les grands nettoyages, tels que les fenêtres, qu'elle ne peut pas faire de repassage et qu'elle effectue les autres tâches avec l'aide de tiers. Toutefois, l'expert a pris en compte que les tâches ménagères étaient réalisées avec l'aide de membres de sa famille et a souligné la forte mobilisation de l'entourage. Le fait qu'elle doive faire appel à une femme de ménage pour les gros nettoyages quelques fois par année n'est pas déterminant dans la présente procédure. Elle allègue encore qu'elle ne sort plus de l'appartement familial, sauf en de rares occasions, telles que pour des consultations médicales. Cela ne ressort cependant d'aucune pièce au dossier. La psychologue RR._____ a d'ailleurs indiqué que sa patiente avait fait des démarches pour trouver un petit travail et qu'elle avait décrit des malaises aussi quand elle marchait

dans la rue (cf. rapport du 29 juin 2017). Ceci contredit l'allégation de la recourante, qui repose donc uniquement sur ses déclarations. En définitive, le Dr G._____ aboutit à la conclusion qu'il n'y a pas d'incapacité de travail significative, ceci dans toute activité. Son appréciation et ses conclusions sont bien étayées et convaincantes. Cette expertise remplit donc les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Ses conclusions ont au demeurant été confirmées par le Dr Q._____, qui s'y est rallié (cf. avis médical du 13 avril 2016).

La recourante soutient encore que le Dr G._____ n'a pas tenu compte des traumatismes qu'elle avait subis pendant la guerre au [...]. Or, à l'instar de ce spécialiste, ni le Dr T._____ (cf. rapport du 18 janvier 2006), ni la Dresse I._____ (cf. rapport d'examen psychiatrique du 16 juillet 2007) n'ont fait état de tels traumatismes, alors qu'ils ont tous procédé à un examen complet de la situation de l'assurée. Des éléments liés à la guerre au [...] ont été évoqués uniquement par la psychologue S._____ dans son rapport du 21 décembre 2016, soit après que la recourante ait eu connaissance du projet de décision de refus de rente d'invalidité. Dans ces circonstances, l'on ne saurait reprocher à l'expert G._____ de ne pas avoir pris en compte cet aspect.

Les autres documents médicaux figurant au dossier ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions de l'expertise. En particulier, les médecins de la NN._____ ont eux aussi conclu à l'exigibilité d'une activité lucrative, laquelle pouvait être reprise à 50 % avec une augmentation progressive jusqu'à 100 % dans les mois à venir (cf. rapport du 19 décembre 2016). En outre, les rapports de S._____ (cf. rapport du 21 décembre 2016) et RR._____ (cf. rapport du 29 juin 2017), lesquelles ne sont pas psychiatres, n'établissent pas l'existence d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé de ses conclusions ou en établir le caractère incomplet. La seule évocation par S._____ d'événements liés à la guerre au [...] n'est pas suffisante. Les diagnostics qu'elle a posés font suite à une

appréciation différente d'une même situation. En outre, elle ne fait pas état d'une quelconque incapacité de travail. A cet égard, RR._____ s'est quant à elle limitée à mentionner qu'elle estimait qu'il n'était « pas judicieux » que la patiente travaille en tant qu'aide-soignante. S'agissant en outre de la psychologue traitante de la recourante, ses constatations doivent être admises avec réserve. Le fait que l'intéressée a débuté un suivi - un mois avant la décision litigieuse - ne permet pas de remettre en cause les conclusions de l'expertise. Enfin, les violences conjugales lors du premier mariage et l'accident de circulation en 2013 mentionnés dans le rapport de RR._____ ont déjà été relevés par le Dr G._____, tout comme les malaises, même si la médication, décrite par le Dr Z._____ comme probablement à l'origine de ces endormissements, a été modifiée dans l'intervalle. Ces malaises, survenant selon l'assurée trois ou quatre fois par mois, ne peuvent justifier à eux seuls une incapacité de travail. Il sied encore de préciser que les médecins de la NN._____ ont indiqué n'avoir observé aucun épisode de malaise lors des thérapies (cf. rapport du 19 décembre 2016). Enfin, il y a lieu d'admettre avec réserve l'appréciation de la Dresse M._____, laquelle n'est pas spécialiste, et est au demeurant le médecin traitant de l'assurée.

Dans un autre moyen, la recourante reproche à l'OAI de ne pas avoir requis de rapport du Dr KK._____. Il y a toutefois lieu de rappeler que la portée du principe inquisitoire est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Il appartenait donc à l'assurée de collaborer à la procédure et d'indiquer quels étaient ses médecins traitants. En l'occurrence, il ressort des pièces au dossier que la psychologue S._____ avait proposé à la recourante de débiter un suivi auprès de ce psychiatre (cf. rapport du 21 décembre 2016), lequel l'avait toutefois délégué à la psychologue RR._____, qui a commencé un suivi déjà le 26 janvier 2017 (cf. rapport du 29 juin 2017).

Enfin, la recourante fait grief à l'OAI de s'être fondé sur des expertises individuelles au lieu d'une expertise pluridisciplinaire. Cependant, les différentes expertises figurant au dossier sont toutes

claires. En particulier, celles relatives au plan somatique écartent toutes une atteinte pouvant justifier une quelconque incapacité de travail. Dans ces conditions, l'on ne saurait reprocher à l'OAI de ne pas avoir mis en œuvre une nouvelle expertise, cette fois-ci pluridisciplinaire.

d) Au vu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'intimé a considéré, sur la base des pièces au dossier, que la recourante ne présentait pas d'atteinte invalidante et disposait d'une capacité de travail totale dans toute activité.

8. a) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est alors superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 464 consid. 4a).

b) En l'occurrence, le dossier est complet du point de vue médical et permet à la Cour de céans de statuer, de sorte qu'il n'y a pas lieu de mettre en œuvre l'expertise pluridisciplinaire rhumatologique et psychiatrique requise par la recourante.

9. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et les décisions attaquées confirmées.

b) La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Cependant, 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 fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie

du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; RSV 211.02.3]).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que cette dernière est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a pour le surplus pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA).

La recourante bénéficie en outre, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'une avocate en la personne de Me Jana Burysek (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Invitée à produire sa liste des opérations, cette dernière a communiqué le 17 avril 2018 une liste totalisant 15 heures de travail. Vérifiée d'office, celle-ci doit être approuvée, à l'exception du montant de 135 fr. concernant les « frais administratifs ». En effet, en l'absence de liste détaillée des débours, c'est une indemnité forfaitaire de 100 fr., hors TVA, qui sera retenue (art. 3 al. 3 RAJ).

Partant, pour la période du 31 mars au 31 décembre 2017, l'indemnité de Me Burysek doit être fixée à 2'646 fr. (14,7 h x 180 fr.), montant auquel s'ajoutent les débours par 100 fr., ainsi que la TVA de 8 % par 219 fr. 70, soit un total de 2'965 fr. 70.

Pour la période du 29 mars au 17 avril 2018, l'indemnité est fixée à 54 fr. (0,3 h x 180 fr.), somme à laquelle s'additionne la TVA de 7.7 % par 4 fr. 15, soit 58 fr. 15.

L'indemnité totale est donc arrêtée à 3'023 fr. 85 (2'965 fr. 70 + 58 fr. 15).

Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue d'en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision incidente du 7 septembre 2016 et la décision du 27 février 2017 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont confirmées.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.
- IV.** L'indemnité d'office de Me Jana Burysek, conseil de la recourante, est arrêtée à 3'023 fr. 85 (trois mille vingt-trois francs et huitante-cinq centimes), débours et TVA compris.
- V.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis provisoirement à la charge de l'Etat.
- VI.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jana Burysek (pour C. _____)
- 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 :