

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 21 février 2018

---

Composition : M. MÉTRAL, président  
Mme Berberat, juge, et M. Bonard, assesseur  
Greffier : M. Favez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

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

et

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

---

**Art. 28 LAI ; art. 17, 43 et 44 LPGA**

**E n f a i t :**

**A.** E. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...] en M. \_\_\_\_\_, de nationalité suisse, a déployé une activité ménagère depuis son arrivée en Suisse en 1997.

Atteinte d'un utérus multimyomateux symptomatique et d'une anémie ferriprive, l'assurée a subi le 9 novembre 2004 une hystérectomie abdominale totale, avec annexectomie gauche par laparotomie médiane pratiquée par le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en gynécologie et obstétrique (cf. protocole opératoire du 9 novembre 2004 et avis de sortie du 29 novembre 2004 du Département de gynécologie et obstétrique du Centre hospitalier P. \_\_\_\_\_).

Le 28 février 2006, l'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), exposant subir une incapacité de travail totale depuis l'année 2002, en raison de l'affection précitée.

Dans un rapport du 26 avril 2006 à l'OAI, le Dr B. \_\_\_\_\_ a exposé que l'assurée présentait une pleine capacité de travail dans une activité n'imposant pas de périmètre de marche supérieur à 500 mètres, de port de charges supérieures à 10 kg ni de travail en hauteur ou sur une échelle. A titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, il a fait état d'une « dépression post-opératoire », en indiquant toutefois qu'il convenait « éventuellement » de « voir avec [le] psychiatre traitant. » Le 9 juin 2006, le mari de l'assurée a indiqué par téléphone à l'OAI que son épouse avait cessé tout suivi psychiatrique « depuis quelques années (depuis ses interventions chirurgicales) ».

Par décision du 11 janvier 2007, l'OAI a rejeté la demande de prestations au motif que l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance-invalidité.

**B.** Le 8 juillet 2014, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, en faisant état de « problèmes physiques et psychiques. »

Le 9 juillet 2014, l'OAI a imparti à l'assurée un délai de trente jours, pour produire un rapport médical détaillé ou pour apporter tout autre élément propre à constituer un motif de révision.

Dans un rapport du 16 juillet 2014, la Dresse C.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la psychologue F.\_\_\_\_\_ ont attesté que l'assurée était suivie auprès de la Consultation psychothérapeutique U.\_\_\_\_\_ depuis le 23 mai 2014. Elles ont exposé que leur patiente se plaignait de symptômes tels que des tremblements, des palpitations du cœur, une bouche sèche, une nervosité, des sentiments d'étouffement, une grande fatigue, tout en faisant des insomnies nocturnes. A leur avis, cet état semblait s'être péjoré depuis que les prestations complémentaires des époux E.\_\_\_\_\_ avaient été réduites au motif que l'assurée avait été jugée apte au travail par la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS et qu'il lui avait été suggéré de s'intégrer dans la vie active afin de compléter le budget familial. Evaluée comme très soucieuse depuis lors par les thérapeutes, l'assurée montrait des symptômes de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), ainsi que de trouble de l'adaptation (F43.2). La Dresse C.\_\_\_\_\_ et la psychologue F.\_\_\_\_\_ ont toutefois estimé nécessaire, avant de pouvoir poser un diagnostic plus différencié, de procéder à une évaluation sur une période plus extensive par des entretiens cliniques individuels, à fréquence bimensuelle. Elles ont indiqué avoir mis en place un traitement psychopharmacologique après avoir procédé à des analyses sanguines qui avaient permis d'écarter une origine thyroïdienne, précisant que ledit traitement serait réévalué au cours du mois de septembre 2014. S'agissant de la capacité de travail, elles ont considéré que l'assurée était en incapacité totale du 23 mai au 31 août 2014.

Dans un rapport du 5 septembre 2014, la Dresse T.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué suivre l'assurée en raison d'une angoisse générale et d'une hypertension artérielle.

Par avis médical du 5 novembre 2014, les Drs J.\_\_\_\_\_, et K.\_\_\_\_\_, médecins au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) ont estimé que le diagnostic de trouble anxio-dépressif mixte n'était habituellement pas à l'origine d'une incapacité totale de travail prolongée et que l'introduction d'un traitement psychotrope était susceptible d'améliorer significativement l'état de santé de l'assurée, ainsi que sa capacité travail. Ils ont considéré qu'il convenait de suivre le cas et de se renseigner auprès de la psychiatre-traitante au sujet de l'évolution de l'état de santé, de la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, des limitations fonctionnelles retenues, de l'opportunité de mesures de réinsertion professionnelle, des dates des arrêts de travail, des traitements en cours et du pronostic sur la pathologie psychiatrique.

L'OAI a adressé un questionnaire en ce sens à la Dresse C.\_\_\_\_\_ le 11 novembre 2014, cette dernière ne répondant pas.

Par avis médical du 28 février 2017, le Dr G.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a estimé que le trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), tel que retenu par la Dresse C.\_\_\_\_\_, n'est pas de nature « par définition » à justifier une incapacité de travail durable, les pièces figurant au dossier n'indiquant pas une aggravation notable et durable de l'état de santé depuis la dernière décision de refus de rente du 11 janvier 2007. Pour ce médecin, la capacité de travail de l'assurée était au surplus inchangée.

Le 2 mars 2017, l'OAI a notifié à l'assurée un projet de refus de rente. Il a retenu que l'intéressée ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance-invalidité.

Le 31 mars 2017, l'assurée a contesté le projet de décision du 2 mars 2017. Dans un rapport adressé à l'OAI le 8 juin 2017, le Dr

D.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la psychologue F.\_\_\_\_\_ ont attesté que l'assurée poursuivait une thérapie au sein de la Consultation psychothérapeutique U.\_\_\_\_\_ depuis le 23 mai 2014. Ils ont relevé que, depuis le début du traitement, l'état psychologique de la patiente était fluctuant, avec des péjorations périodiques, en rapport avec des événements difficiles survenus dans son entourage proche. Ils ont exposé que l'assurée souffrait davantage de fortes crises d'angoisse ressenties surtout aux niveaux somatique et neurovégétatif depuis que son mari avait subi des problèmes cardiaques sérieux au mois d'avril 2016. Ils ont indiqué que, durant la psychothérapie, leur patiente apprenait à faire des liens entre ses sensations corporelles et ses émotions, sans pour autant qu'il y ait une amélioration significative. Le Dr D.\_\_\_\_\_ et la psychologue F.\_\_\_\_\_ ont contextualisé la situation de l'assurée, indiquant qu'elle était marquée par des souvenirs traumatisants vécus pendant la guerre [...] durant laquelle elle avait été contrainte à fuir leur maison familiale au village de [...] pour se réfugier à [...]. Elle avait ensuite miraculeusement réussi à s'échapper avec son fils de six ans et sa fille de trois mois au moment des massacres de [...] durant l'année [...], étant toutefois témoin des atrocités survenues lors de cette fuite. Le Dr D.\_\_\_\_\_ et la psychologue F.\_\_\_\_\_ ont considéré que l'assurée avait développé un trouble de l'anxiété généralisée (F41.1) à la suite de ces expériences de guerre. Ils ont précisé que, sur le plan cognitif, elle était très craintive, se sentait à bout et avait des difficultés de concentration. Ils ont aussi observé une fatigue quasi-permanente, des céphalées de tension, des tensions musculaires aux épaules et au dos, des tremblements, une incapacité de se détendre, une sensation constante d'étouffement, des palpitations cardiaques, des tremblements, des étourdissements et de la sécheresse de la bouche. Ils ont supposé que le trouble anxieux aurait été précédé d'un état de stress post-traumatique (F43.1), survenu en réaction au stress vécu durant les années de guerre [...]. A leur avis, au fil des années, l'état de stress post traumatique aurait évolué vers une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0), ceci expliquant le trouble d'anxiété généralisée actuel, le retrait social, l'attitude méfiante envers l'inconnu, les sentiments de vide et le détachement observés. Pour le Dr D.\_\_\_\_\_

et la psychologue F.\_\_\_\_\_, le tableau clinique s'était clairement péjoré depuis le dernier rapport en 2014. Leur patiente présentait à leur avis un fonctionnement plutôt rigide, avec beaucoup de peur face aux changements, de sorte qu'un défi tel que la prise d'un emploi la déstabiliserait probablement trop. A leur avis, le tableau clinique, notamment ses traits de personnalité évitants, rendait très difficile tout investissement en dehors du ménage, l'assurée vivant les espaces extérieurs à son domicile comme étant hostiles. Pour ces motifs, des mesures de réinsertion professionnelle ne leur semblaient pas envisageables, de sorte qu'ils avaient continué à prolonger les arrêts de travail à 100 %. S'agissant des traitements en cours, ils ont exposé qu'il s'agissait d'entretiens cliniques psychothérapeutiques individuels délégués avec une psychologue, à fréquence bimensuelle et un rendez-vous avec le médecin psychiatre tous les trois mois environ pour les aspects psychopharmacologiques du traitement (à cette date Cipralex® 2 x 10 mg par jour). Ils ont précisé que le traitement médicamenteux symptomatologique était bien supporté par la patiente, n'amenant toutefois pas à une amélioration importante de son état de santé. Quant au traitement psychothérapeutique, la patiente se montrait à leur avis plutôt résistante et les progrès observés étaient très discrets. Face à la chronicité des souffrances et à la résistance au traitement psychothérapeutique, le pronostic était clairement défavorable selon l'avis du Dr D.\_\_\_\_\_ et de la psychologue F.\_\_\_\_\_.

L'assurée s'est déterminée le 23 juin 2017, contestant à nouveau le projet de décision, alléguant une péjoration de son état de santé psychique depuis 2014, ceci malgré la psychothérapie, le traitement médicamenteux mis en place et ses efforts pour diminuer ses problèmes de santé par ses propres moyens.

Par avis médical SMR du 20 juillet 2017, le Dr G.\_\_\_\_\_ a considéré que le trouble de l'anxiété généralisée développé d'après les thérapeutes de l'assurée à la suite des traumatismes vécus pendant la guerre [...] avait été pris en compte dans l'instruction initiale. S'agissant de la péjoration de l'état de santé psychique, le Dr G.\_\_\_\_\_ a relevé

l'absence d'hospitalisation en milieu psychiatrique, de monitoring des médicaments psychotropes prescrits et de consultation de psychopharmacologie clinique comme il était d'usage en cas de résistance d'une atteinte psychiatrique au traitement médicamenteux mis en place. Il a précisé que, dans son rapport du 16 juillet 2014, la Dresse C.\_\_\_\_\_ évoquait comme origine probable de la décompensation psychique la réduction des prestations complémentaires du couple E.\_\_\_\_\_, en déduisant qu'il ne s'agissait donc pas d'une maladie au sens d'une classification internationale.

Par décision du 29 août 2017, l'OAI a confirmé son projet du 2 mars 2017.

**C. aa)** Par acte du 3 octobre 2017, E.\_\_\_\_\_ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à sa réforme, dans le sens de l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité dès le 7 juillet 2014 et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction. En substance, la recourante conteste l'appréciation du SMR et plus particulièrement celle du Dr G.\_\_\_\_\_, soutenant que les faits pertinents pour évaluer son état de santé n'ont pas été constatés de manière correcte et complète. Elle fait valoir qu'elle n'est plus capable d'effectuer des tâches ménagères simples, de gérer ses affaires administratives ou de suivre une formation jusqu'à son terme et qu'elle présente une incapacité de travail à 100 % du fait des troubles psychiques l'affectant. En outre elle fait grief à l'intimé de ne pas avoir respecté son droit d'être entendu.

**bb)** Par réponse du 20 novembre 2017, l'OAI s'est référé aux avis du SMR et a proposé le rejet du recours. Selon l'intimé, il ressort desdits avis médicaux qu'il n'y a pas de péjoration significative de l'état de santé de la recourante ayant des répercussions sur son droit aux prestations, qui serait survenue depuis la décision négative du 11 janvier 2007.

**cc)** La recourante s'est déterminée le 11 décembre 2017, maintenant ses conclusions.

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

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD et 38 al. 4 let. a LPGA) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité ou à des mesures d'ordre professionnel à la suite de la nouvelle demande déposée le 8 juillet 2014, étant précisé que l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande, qu'il a rejetée.

**3. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie - psychique comme somatique - ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (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).

**b)** 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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**c)** Lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (art. 87 al. 2 et 3 RAI), elle doit examiner 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. Elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. En cas de recours, le juge est tenu d'effectuer le même examen (ATF 130 V 64 consid. 2 et les arrêts cités). 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 (133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 64 consid. 2). Si l'administration constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (TFA I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 113 V 273 consid. 1a). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 in fine et les références citées). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

**4. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde 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 mesure 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 exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** 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 (art. 61 let. c LPGA). 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée ; TF 9C\_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4).

**c)** Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2<sup>bis</sup> LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux avis de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C\_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées ;

9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et les références citées). Il convient cependant de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C\_10/2017 précité consid. 5.1 et les références citées).

**5. a)** En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 8 juillet 2014 par la recourante. Il convient dès lors d'examiner si l'état de santé de cette dernière s'est modifié depuis la décision de refus de rente du 11 janvier 2007 dans une mesure propre à justifier l'octroi de prestations de l'assurance invalidité.

**b)** Sur le plan somatique, la Dresse T.\_\_\_\_\_, qui précise suivre la recourante « assez régulièrement », a attesté le 5 septembre 2014 d'une hypertension artérielle sans plus de précision sur d'éventuelles limitations fonctionnelles et sur une influence sur la capacité de travail. D'autres investigations de médecine interne générale sont superfétatoires dès lors que le médecin-traitant ne soulève rien de particulier. En outre, les analyses sanguines pratiquées dans le cadre du suivi psychiatrique ont permis d'écartier une maladie d'origine thyroïdienne (cf. rapport du 16 juillet 2014 de la Dresse C.\_\_\_\_\_ et de la psychologue F.\_\_\_\_\_), de sorte que des investigations endocrinologiques ne sont pas nécessaires.

Par conséquent, c'est à juste titre que l'intimé a considéré que la recourante ne rendait pas vraisemblable une péjoration de son état de santé sur le plan somatique.

**c)** Reste à évaluer si l'état de santé de la recourante s'est dégradé sur le plan psychique au point de justifier l'octroi des prestations de l'assurance-invalidité. En l'occurrence, après être entré en matière sur la nouvelle demande de l'assurée, l'intimé a estimé que la recourante ne présentait pas d'atteinte à la santé psychique invalidante, se fondant pour cela sur les avis du Dr G.\_\_\_\_\_ des 28 février et 20 juillet 2017.

Or, ces avis ne sont nullement convaincants, pour les motifs suivants :

**aa)** La décision du 11 janvier 2007 faisait suite à la demande de prestations de l'assurance-invalidité du 28 février 2006 fondée, principalement, sur une atteinte somatique d'ordre gynécologique (cf. demande de prestations du 28 février 2006 p. 6 ch. 7.2 ; protocole opératoire du 9 novembre 2004 ; avis de sortie du 29 novembre 2004). Dans son rapport du 26 avril 2006 adressé à l'OAI dans un contexte post-chirurgical, le Dr B. \_\_\_\_\_ avait fait allusion à une « dépression post-opératoire », renvoyant au psychiatre traitant, dont il s'est avéré qu'il n'avait pas été consulté par la suite selon le téléphone du mari de la recourante à l'OAI le 9 juin 2006. Si des problèmes dépressifs avaient ainsi été vaguement évoqués, le seul avis médical au dossier émanant du gynécologue-traitant qualifiait les troubles de « post-opératoire. » Les troubles psychiques n'avaient pas ou peu été investigués en l'absence de consultation d'un psychiatre par la recourante à l'époque de l'opération et de la première demande de prestations de l'assurance-invalidité. Un trouble anxieux généralisé n'avait pas été évoqué, contrairement à ce que soutient le Dr Bizon dans son avis du 20 juillet 2017

**bb)** La recourante a produit plusieurs documents médicaux qui rendent plausible une péjoration de son état de santé psychique depuis la dernière décision de refus de rente, ainsi qu'une incapacité de travail en raison de cette atteinte.

Dans leur rapport du 16 juillet 2014, la Dresse C. \_\_\_\_\_ et la psychologue F. \_\_\_\_\_ ont envisagé les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) et de trouble de l'adaptation (F43.2), précisant qu'avant de pouvoir poser un diagnostic plus différencié, il convenait de procéder à une évaluation sur une période plus longue. Dans le même ordre d'idées, elles ont aussi indiqué qu'il convenait de réévaluer le traitement psychotrope mis en place au mois de septembre 2014. Leur suspicion était étayée par un tableau clinique bien décrit (tremblements, palpitations du cœur, bouche sèche, nervosité, sentiments d'étouffement,

grande fatigue, insomnies nocturnes, personnalité très soucieuse) au terme d'un suivi à leur consultation. Fondées sur ce diagnostic provisoire, elles ont estimé que l'assurée était en incapacité totale du 23 mai au 31 août 2014.

Certes, la Dresse C. \_\_\_\_\_ n'a pas donné suite à la première demande de précision des Drs J. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_. Toutefois, il apparaît que le nouveau psychiatre de la Consultation psychothérapeutique U. \_\_\_\_\_ y a donné suite dans le cadre de la contestation du projet de décision. En effet, par rapport adressé à l'OAI le 8 juin 2017, le Dr D. \_\_\_\_\_ et la psychologue F. \_\_\_\_\_ ont attesté que la recourante poursuivait une thérapie au sein de la même structure. Ils ont relevé, sur la durée, que l'état psychologique de la patiente était fluctuant, avec des péjorations périodiques, en rapport avec des événements difficiles survenus dans son entourage proche (problèmes cardiaques sérieux de l'époux de la recourante au mois d'avril 2016). Fondés sur une anamnèse familiale bien documentée et tout à fait plausible dans le contexte migratoire qu'a connu la recourante (guerre [...]), ils ont supposé que le trouble anxieux aurait été précédé d'un état de stress post-traumatique (F43.1), survenu suite au stress catastrophique vécu durant les années de guerre en [...], puis qu'au fil des années, l'état de stress post traumatique aurait évolué vers une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0), ceci expliquant le trouble de l'anxiété généralisée (F41.1) actuel qu'ils avaient pu constater. Le tableau clinique est qualifié de plus grave par rapport à celui décrit dans le rapport du 16 juillet 2014 (fatigue quasi-permanente ; céphalées de tension ; tensions musculaires aux épaules et au dos ; tremblements ; incapacité à se détendre ; sensation constante d'étouffement ; palpitations cardiaques ; tremblements ; étourdissements ; sécheresse de la bouche ; difficultés de concentration ; retrait social ; attitude méfiante envers l'inconnu ; sentiments de vide ; détachement). Le Dr D. \_\_\_\_\_ et la psychologue F. \_\_\_\_\_ ont aussi motivé les raisons qui les avaient conduits à prolonger les arrêts de travail à 100 % et à exclure des mesures de réinsertion professionnelle (traits de personnalité évitants rendant très difficile tout investissement en dehors du ménage ; espaces extérieurs perçus comme

étant hostiles). Leur pronostic était clairement défavorable en l'absence de réponse au traitement. Ces deux rapports attestent une péjoration de l'état de santé depuis 2014. Contrairement à ce que soutient le Dr G.\_\_\_\_\_, l'absence de monitoring médicamenteux, d'hospitalisation en milieu psychiatrique ou de consultation de psychopharmacologie clinique ne permettent pas d'exclure une atteinte invalidante à la santé psychique.

**cc)** Les documents médicaux au dossier ne permettent pas de constater que l'atteinte aurait déjà été décompensée avant l'entrée en Suisse en 1997. En effet, rien de tel ne ressort des avis du Dr B.\_\_\_\_\_, (qui envisageait un trouble psychique post-opératoire), de la Dresse C.\_\_\_\_\_, (qui postulait pour une décompensation courant 2014) ou du Dr D.\_\_\_\_\_, (qui envisage un processus de décompensation dans la durée). Un tel constat serait au demeurant contradictoire avec l'absence de tout examen par l'intimé, jusqu'à ce jour, de la condition d'assurance au moment de la survenance de l'invalidité (art. 6 LAI).

Enfin, la référence, par la Dresse C.\_\_\_\_\_, à l'aggravation de l'état de santé ensuite d'une décision de la caisse cantonale de compensation AVS dans son rapport du 16 juillet 2014 est tirée hors de son contexte par le Dr G.\_\_\_\_\_. Cet élément ne permet pas de tirer de conclusion sur l'existence ou non d'une atteinte à la santé psychique et sur son influence sur la capacité de travail de l'assurée, ceci particulièrement en présence d'autres éléments au dossier (guerre de [...], problèmes cardiaques du mari) dont on ignore l'impact sur la santé psychique de la recourante. Les éléments au dossier ne permettent, sur le plan assécurologique, ni de cerner des diagnostics ni d'évaluer la capacité de travail de l'assurée et sa capacité à réaliser ses activités ménagères, notamment en raison de l'absence d'examen clinique, d'anamnèse complète, d'examen de la cohérence et d'évaluation des ressources de la recourante.

**d)** En définitive, les éléments au dossier ne permettent pas à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, les faits

pertinents n'ayant pas été élucidés au cours de la procédure administrative. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé - à qui il incombe 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 - cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il appartiendra à l'intimé de mettre en œuvre une expertise médicale psychiatrique au sens de l'art. 44 LPGA. Il conviendra de procéder à une évaluation globale de l'état de santé de la recourante, dans le respect des principes arrêtés par la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de troubles psychiques (ATF 143 V 409 ; 143 V 418 ; 141 V 281) en vue de définir précisément les diagnostics et les limitations fonctionnelles de la recourante, ainsi que de déterminer sa capacité résiduelle de travail. Il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante.

**6.** Le recours étant admis pour les motifs qui précèdent, il n'y a pas lieu d'examiner si le droit d'être entendu de la recourante a été respecté dans la procédure administrative dès lors que l'intimé doit reprendre l'instruction de la cause *ab ovo*.

**7. 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 contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

**c)** Il ne se justifie pas d'allouer des dépens, puisque la recourante n'a pas agi avec l'assistance d'un mandataire professionnel (art. 61 let. g LPGA ; 55 LPA-VD).

**d)** La requête d'assistance judiciaire déposée par la recourante est sans objet au vu des frais mis à la charge de l'OAI.

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

- I.** Le recours est admis.
  
- II.** La décision rendue le 29 août 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.
  
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
  
- V.** La requête d'assistance judiciaire est sans objet.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- E. \_\_\_\_\_ (recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé),
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :