# COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 mai 2019

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mme Di Ferro Demierre, juge et M. Küng, juge assesseur
Greffière : Mme Rochat

*****

Cause pendante entre :

**V._____**, à (...), recourante, représentée par Procap, à Bienne,

et

**I._____**, à Vevey, intimé.

**Art. 8 LPGA ; art. 4 et 28 LAI**

**A.** V._____, née en [...], d'origine [...], est arrivée en Suisse en [...] et a acquis la nationalité suisse en 1999. Au [...], elle s'est formée à la couture et a suivi un cours de dactylographie. En Suisse, elle a travaillé à plein temps comme ouvrière chez [...], puis à 50% après la naissance de sa fille en 1995, avant d'être licenciée en 1997 pour raisons économiques.

Le 23 août 1999, elle a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI), tendant à l'octroi de moyens auxiliaires en relation avec un déficit auditif. Cette demande a été refusée, au motif qu'elle ne remplissait pas les conditions d'assurance.

**B.** Elle a déposé une seconde demande de prestations le 12 avril 2001, tendant principalement à des mesures professionnelles, subsidiairement à une rente. Elle indiquait souffrir de diabète et d'acouphènes, de surdité à l'oreille gauche et d'une dépression.

L'OAI a requis l'avis du médecin-traitant de l'assurée, le Dr J._____ spécialiste en médecine interne générale, qui a indiqué, le 21 mai 2001, que le diabète, bien que stabilisé, était mal accepté, tout comme la surdité, entraînant un état dépressif réactionnel. Il a estimé qu'une fois l'état dépressif stabilisé, une reprise de l'activité professionnelle pouvait être envisagée et serait bénéfique pour l'assurée.

L’OAI a diligenté un examen clinique bidisciplinaire (psychiatrie et médecine interne) auprès du Service médical régional de l’AI (ci-après : le SMR), lequel a été réalisé le 3 février 2003 par la Dresse O._____ et le Dr N._____, respectivement spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et spécialiste en médecine interne. Le rapport corrélatif du 11 février 2003 a fait état des diagnostics de trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive, en rémission, de diabète sucré insulino-dépendant, sans complications majeures, de surdité bilatérale prédominante à gauche d'étiologie indéterminée, d'énurésie nocturne et de lombalgies chroniques banales, non invalidantes. La capacité de travail exigible était de 100% au plan psychiatrique, comme au plan somatique,

pour autant que l'assuré puisse évoluer dans un environnement peu bruyant. Aucune incapacité de travail n'était retenue à raison du diabète. Quant aux lombalgies, elles étaient peu marquées et n'entraînaient pas de limitations fonctionnelles, à l'exception des travaux très lourds.

Au vu des conclusions de ce rapport, l'OAI a, par décision du 28 février 2003, refusé l'octroi d'une rente.

Le 1er avril 2003, le Dr J._____ a établi un avis médical à l'attention de l'OAI, dans lequel il estimait qu'il existait un état dépressif moyen toujours présent, limitant la capacité de travail à 50%. En annexe à son rapport, il a produit un certificat médical du 18 mars 2003 du Dr [...], spécialiste ORL (oto-rhino-laryngologiste), qui attestait le problème auditif, soit une diminution modérée de l'oreille droite et une surdité complète de l'oreille gauche avec acouphènes d'accompagnement. Le DrJ._____ a également produit un rapport établi le 28 juin 2001 par les Dresses [...] et [...], respectivement spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin-assistante au Département universitaire de psychiatrie adulte du [...], dans lequel elles faisaient état d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et difficultés dans les rapports avec le conjoint.

Par décision sur opposition du 23 mars 2005, l'OAI a maintenu sa décision du 28 février 2003. Le Tribunal des assurances a rejeté le recours formé par l'assurée par arrêt du 2 novembre 2006 et confirmé la décision sur opposition du 23 mars 2005 (AI 84/05-194/2006).

**C.** Le 23 octobre 2014, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations que l'OAI a traitée comme une demande de révision (courrier du novembre 2014).

A l'appui de sa demande, l'assurée à produit un rapport du 2 décembre 2014 établi par le Dr J._____, lequel certifie qu'elle présente une aggravation de son état de santé caractérisée par un état dépressif majeur, une limitation importante de son épaule et des rachialgies

sévères. L'ensemble de ces pathologies l'empêchaient d'avoir une activité professionnelle à 100%.

Dans un rapport du 12 décembre 2014 adressé à l'OAI, la Dresse L._____, spécialiste en médecine interne générale et endocrinologie-diabétologie, retient les diagnostics de diabète insulino-requérant diagnostiqué en 1996, de surdité bilatérale appareillée, d'hypercholestérolémie, de troubles de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive et d'énurésie nocturne. Cette praticienne a fait état des difficultés rencontrées par l'assurée au plan professionnel, qui avait tenté en vain de s'insérer dans le monde du travail durant ces dernières années. Selon elle, l'assurée était fortement pénalisée par son diabète ainsi que par sa surdité. Les capacités d'adaptation étaient limitées, en particulier sur le plan de l'acquisition de connaissances théoriques. Au plan médical, le diabète était équilibré et en dehors de l'insulinothérapie, l'assurée n'avait pas de traitement médicamenteux hormis un hypocholestérolémiant.

En annexe au rapport précité, la Dresse L._____ a produit l'avis du 9 février 2015 des Drs Q._____ et T._____, spécialistes en psychiatrie et psychothérapie aux Centre R._____ (ci-après: Centre R._____) au terme duquel ils retiennent les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique, retard mental léger, trouble envahissant du développement, sans précision et dislocation de la famille par réparation et divorce. L'assurée était suivie aux Centre R._____, à sa demande depuis janvier 2014 en raison d'une symptomatologie anxieuse et dépressive, dans le contexte de difficultés professionnelles et familiales. Son état de santé s'était aggravé dès septembre 2014, alors qu'elle avait échoué à terminer une formation d'aide-soignante à la [...], et qu'elle se séparait de son mari. Ce nouvel épisode dépressif faisait l'objet d'une reprise de traitement antidépresseur par le médecin traitant. La capacité de travail était grandement limitée, et actuellement aggravée par un nouvel épisode dépressif.

Se prononçant sur les pièces médicales au dossier dans un avis du 1er mai 2015, le Dr W._____ du SMR a relevé que sur le plan psychiatrique, l'état dépressif de l'assurée était réactionnel à une séparation et qu'il devait en principe répondre à un traitement. Quant au trouble envahissant du développement, il n'avait pas empêché l'assurée de travailler jusqu'à présent, de même que l'occurrence d'un retard mental léger n'était pas une contre-indication à une activité. Au plan rhumatologique, la problématique de l'épaule et du rachis n'était pas documentée. Si les lombalgies banales constatées dans l'examen du 11 février 2003 avaient pu s'aggraver, les douleurs résiduelles post-fracture de la clavicule gauche de l'enfance ne correspondaient pas à une quelconque pathologie résiduelle, les articulations étant décrites comme libres par le Dr N._____, sans aucune limitation fonctionnelle. S'agissant du diabète, le rapport de la Dresse L._____ ne permettait pas de retenir une quelconque incapacité de travail, d'autant que le contrôle du l'HBA1C était excellent, et qu'il n'y avait pas d'atteinte des organes cibles.

Des questions complémentaires ont été adressées par l'OAI au Dr J._____, qui y a répondu le 13 mai 2015. Il retenait les diagnostics d'état dépressif majeur (Dr Q._____), de diabète de type I (Dresse L._____), de capsulite rétractile de l'épaule gauche et de surdité appareillée. Depuis quelques mois, l'assurée se sentait épuisée, présentant des troubles du sommeil, un manque d'énergie extrêmement important et des limitations sévères de l'épaule gauche. Le Dr J._____ a en outre produit les rapports suivants:

- un rapport du Dr [...], spécialiste ORL du 10 février 2015 selon lequel l'assurée présentait des séquelles d'une surdité brusque au niveau de son oreille gauche qui avait déjà été investiguée. A droite, il existait uniquement une discrète surdité de transmission mais pour laquelle il ne prévoyait pas de prise en charge actuellement.

- un rapport du Dr [...], spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du 13 février 2015, qui

retenait le diagnostic de capsulite rétractile, associée à une tendinopathie des tendons des muscles sus-épineux, sous-scapulaire et du long chef du biceps et à une bursite sous-acromiale. Une altération dégénérative acromio-claviculaire était également constatée.

Les Dr Q._____ et T._____ ont répondu aux questions complémentaires de l'OAI dans un rapport du 24 juillet 2015, indiquant notamment que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans toute activité. L'assurée présentait une symptomatologie dépressive, avec notamment de la fatigue, aggravée par un diabète insulino-requérant. Par ailleurs, des difficultés majeures de compréhension et d'adaptation, liées à ses limitations intellectuelles, étaient également péjorées par une surdité bilatérale. Des douleurs du membre supérieur gauche semblaient limiter les mouvements. A la demande de l'OAI, les Drs Q._____ et T._____ ont produit le rapport d'examen psychologique établi par la psychologue [...], qui mettait en évidence au terme de son analyse, la présence d'un retard mental léger et le diagnostic de trouble envahissant du développement, sans précision.

Dans un avis du 12 octobre 2015, le SMR a estimé que l'instruction devait se poursuivre auprès des médecins-traitants, dans la mesure où les renseignements obtenus au plan orthopédique dataient de mai 2015 et qu'au plan psychiatrique, un épisode dépressif moyen était susceptible de s'amender en quelques mois. L'OAI a procédé selon la demande du SMR par questionnaire-type, daté du 7 janvier 2016 et adressé aux différents médecins- traitants de l'assurée.

Le Dr J._____ y a donné suite le 23 janvier 2016, indiquant que l'assurée présentait une capacité de travail nulle en raison de ses troubles psychiques et des limitations qu'elle présentait au niveau de l'épaule gauche.

Quant au Dr [...], spécialiste ORL, il a confirmé le 25 janvier 2016 le diagnostic de surdité totale unilatérale gauche,

normalement sans répercussion sur la capacité de travail. La situation était stable et n'engendrait aucune limitation dans l'activité de femme au foyer.

La Dresse K._____ et le Dr Q._____ ont répondu à la demande de l'OAI le 9 février 2016. L'évolution clinique était légèrement favorable sur le plan thymique et les troubles cognitifs, dans le contexte constant des limitations intellectuelles et émotionnelles de l'assurée. Une activité adaptée à un taux de 30 à 50% pouvait être envisagée dès le 1er avril 2016. L'assurée présentait des limitations fonctionnelles, sous la forme de difficultés de compréhension et d'apprentissage en lien notamment avec ses troubles auditifs, ainsi que ses capacités intellectuelles limitées.

Ces médecins ont complété leurs observations dans un rapport du 30 mars 2017, indiquant que selon leur évaluation sur le plan psychiatrique, la capacité de travail de l'assurée était limitée par un trouble dépressif récurrent de degré moyen, dans le contexte notamment d'acouphènes chroniques bilatéraux, ainsi qu'un diabète insulino-requérant, diabète longtemps banalisé par l'intéressée, ainsi qu'un probable trouble envahissant du développement. Elle présentait des difficultés à la compréhension et aux apprentissages, difficultés plus marquées dans une discussion d'un groupe de personnes, du fait notamment des limitations intellectuelles, aggravées par les acouphènes. L'intégration à la dynamique d'un groupe de travail avait été rendue difficile par les soins récurrents inhérents à la gestion d'un diabète insulino-requérant, contexte particulier dont l'intéressée n'avait pas su informer ses collègues et sa hiérarchie. Considérant ce contexte limitatif, il paraissait approprié d'envisager une rente, avec une activité adaptée à un taux de maximum 50%, avec un rendement limité.

Au vu des renseignements recueillis, l’OAI a estimé nécessaire la mise en œuvre d’un examen rhumatologique et psychiatrique au SMR, effectué le 8 mai 2017 par la Dresse C._____ et le Dr M._____, respectivement spécialistes en psychiatrie et psychothérapie et spécialiste

en médecine interne et rhumatologie. Dans leur rapport du 27 juin 2017, ils ont retenu le diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de travail de tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, altération dégénérative acromio-claviculaire. Sans répercussion sur la capacité de travail, étaient retenus un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline, non décompensé, un retard mental léger, un trouble somatoforme indifférencié, un trouble dépressif récurrent en rémission et une capsulite rétractile de l'épaule gauche au décours. L'incapacité de travail totale sur le plan ostéoarticulaire était entière d'août 2014 à août 2016 en lien avec l'atteinte à l'épaule gauche jusqu'à septembre 2016, date retenue pour considérer que la capsulite rétractile était résolue. Durant cette période s'était surajoutée une incapacité de travail d'ordre psychiatrique du 9 février 2015 au 31 juillet 2016. La capacité de travail était entière dès le 1er septembre 2016 dans une activité adaptée à la tendinopathie de la coiffe des rotateurs et à l'atteinte dégénérative acromio-claviculaire. L'appréciation du cas était la suivante:

> "*Sur le plan rhumatologique*, (...) l'examen de ce jour est caractérisé par un comportement douloureux qui augmente très nettement en phase d'examen. Le comportement de l'assurée change suivant l'examinateur. Lors de l'examen ostéoarticulaire, l'assurée limite la mobilité articulaire tandis qu'avec le psychiatre, l'assurée se montre par moment absente, les yeux fermés. L'assurée limite l'antépulsion des deux épaules à 90° en phase d'examen alors qu'elle n'a aucune difficulté à élever les bras lors du déshabillage et du rhabillage. Lors de l'évaluation de la force, l'assurée lâche contre une faible résistance au niveau des épaules et des hanches, alors que lorsque l'assurée s'oppose aux mobilisations passives de l'épaule, elle effectue des contrepulsions témoignant d'une force conservée. La faible force que l'assurée produit lors de l'examen des hanches ne serait pas compatible avec la montée des escaliers. La diminution de la sensibilité sur l'ensemble de l'hémicorps droit avec préservation de la discrimination entre le toucher et le piquer n'est pas caractéristique d'une lésion neurologique. Un déplacement des orteils, déclaré dans le sens opposé du mouvement alors que la sensibilité posturale des doigts est parfaitement conservée, ne correspond pas non plus à une lésion neurologique.
>
> Ces nombreuses incohérences illustrent un comportement douloureux avec une participation limitée de l'assurée en phase d'examen. Au vu de la mobilité spontanée de l'épaule gauche, la capsulite rétractile s'est résolue. Par contre, l'IRM de l'épaule gauche montre des signes de tendinopathie de la coiffe des rotateurs, des altérations dégénératives acromio-claviculaires. Ces lésions justifient des limitations concernant

les activités exercées au-dessus de l'horizontal et pour les ports de charges.

Malgré les fortes douleurs de l'assurée, la médication antalgique ne repose que sur du Dafalgan®. D'autre part, l'anamnèse révèle que le handicap de l'assurée n'est pas aussi important qu'elle ne le prétende. En effet, elle tient seule son ménage. Elle se rend à ses rendez-vous médicaux à pied. Elle participe à des activités caritatives pour [...]. Elle a des activités d'aide de cuisine.
Sur le plan ostéoarticulaire, la survenue d'une capsulite rétractile justifie une incapacité de travail dans toute activité. Dans le rapport du 06.04.2016, le Dr L._____ indique la survenue d'une capsulite rétractile de l'épaule gauche depuis novembre 2014. Toutefois, l'IRM de l'épaule gauche a été effectuée le 27.08.2014. On conclut qu'à partir d'août 2014, l'assurée présente une incapacité de travail en raison de cette capsulite rétractile. L'examen de ce jour montre que la capsulite rétractile s'est résolue étant donné la récupération de bonnes amplitudes articulaires lorsque l'assurée veut bien mobiliser son épaule. Elle déclare qu'elle ne prend plus de morphine contre les douleurs depuis septembre 2016.

A partir de cette date, l'assurée retrouve donc une capacité de travail. Compte tenu des signes de tendinopathie de la coiffe des rotateurs et d'atteinte dégénérative de l'articulation acromio-claviculaire, il subsiste des limitations fonctionnelles concernant les activités exercées au-dessus du plan des épaules et pour les ports de charges.

Étant donné qu'il n'est pas possible de déterminer l'activité habituelle de l'assurée car elle n'a exercé que des emplois temporaires de courtes durées, l'appréciation de la capacité de travail se limitera sur le plan ostéoarticulaire à une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'épaule. Dans une activité adaptée, la capacité de travail est entière. Pour déterminer la capacité de travail dans les différents postes occupés par l'assurée, il y a lieu d'obtenir une description du poste de travail.

*Sur le plan psychiatrique,* il s'agit donc d'une deuxième demande de réadaptation/rente déposée le 05.11.2014 pour motifs somatiques et psychiatriques. En l'absence d'atteinte invalidante durable, la première demande avait été refusée en date du 28.02.2003. L'assurée ayant fait recours, ce dernier est rejeté par le Tribunal des Assurances du canton de Vaud le 20.04.2005.

L'instruction de la deuxième demande reconnaît objectivement des faits nouveaux, à la fois sur les plans psychiatrique et rhumatologique. L'assurée, âgée de 47 ans est d'origine brésilienne. Elle est arrivée en Suisse en 1993, dont elle a acquis la nationalité par mariage en 1999. Mère d'une fille de 22 ans, elle est séparée et en attente de divorce. Aucune formation n'est attestée. Le dernier emploi est celui d'aide-soignante en EMS en 2014.

L'assurée n'a bénéficié d'aucun suivi psychiatrique jusqu'en 2000 ; selon elle, son mari le lui aurait formellement contre-indiqué en évoquant entre autres les abus médicamenteux des psychiatres en général. L'assurée n'a commencé un soutien psychiatrique qu'en 2000. Elle dit en avoir été découragée par son mari qui tenait un

discours négatif concernant les psychiatres en général et les abus médicamenteux supposés.

En date du 21.05.2001, le Dr J._____ (médecin généraliste à [...]) évoque comme diagnostic un état dépressif réactionnel ; un suivi psychologique est en cours. Selon le Dr J._____, l'état dépressif empêche actuellement toute reprise d'une activité professionnelle, notamment dans une activité de couturière ou d'ouvrière. Il est très probable que dans un délai de 2 ans, si l'état dépressif s'améliore, une reprise d'activité professionnelle pourra être envisagée et serait même bénéfique pour la patiente». Cette activité pourrait être effectuée à 50%, éventuellement comme couturière à domicile. Une activité dans une usine comme ouvrière est contre-indiquée en raison des acouphènes, de la surdité, mais également du stress qui pourraient être source d'hypoglycémies, fréquentes.

L'assurée est hospitalisée au Département Universitaire de psychiatrie adulte à [...] du 22.05.2001 au 28 mai 2001 sur un mode volontaire. Il s'agit de la première hospitalisation. Diagnostics : épisode dépressif moyen avec syndromes somatiques, difficultés dans les rapports avec le conjoint, diabète. La seule médication psychotrope prescrite à la sortie est de l'Imovant ED 1 cp en réserve le soir. Dans la discussion, il est relevé que la patiente présente un état dépressif depuis novembre 2000. Depuis cette date, et sur le conseil de son diabétologue, elle est suivie depuis lors par une psychologue, Madame [...]. Il est noté dans la discussion que le Dr J._____ avait introduit un traitement d'Efexor® très récemment, mais que la patiente ne l'avait toutefois pris qu'à une reprise car elle pensait que le médicament induirait un état de fatigue importante. Durant le séjour, la patiente met en avant sa maladie diabétique, expliquant son état (la symptomatologie dépressive ainsi qu'un état d'épuisement avec incapacité d'effectuer des tâches ménagères habituelles à la maison) et également par ses difficultés d'accepter cette maladie. Elle fait remonter le début de la symptomatologie dépressive à son voyage au [...] fin 2000, où la confrontation avec l'état de santé de sa mère, qui est également diabétique, lui a fait très peur. Au cours de l'hospitalisation, la patiente fait part de ses difficultés de couple, où elle se sent incomprise par son mari qui continue d'exiger d'elle les mêmes performances ménagères qu'auparavant, malgré sa maladie. De plus, la patiente est peu intégrée à la vie sociale en Suisse. Des éléments de culpabilité par rapport à la famille restée au [...] co-existent car la patiente aimerait avoir une activité professionnelle pour pouvoir aider les siens.

A la sortie, une amélioration de la thymie est notée.

Elle refuse actuellement un traitement antidépresseur qui pourra éventuellement être introduit en ambulatoire si nécessaire et si elle y adhère. Vu l'isolement social de la patiente en Suisse, nous lui avons transmis l'adresse de l'association Appartenances.

En date du 03.02.2003, un examen clinique bidisciplinaire effectué au SMR : le diagnostic psychiatrique est celui d'un trouble de l'adaptation, réactions mixtes anxieuse et dépressive, en rémission. Toujours sur le plan psychiatrique, l'assurée présente une capacité de travail exigible de 100%.

Le 01.04.2003, le Dr J._____ se dit étonné par les conclusions de l'examen psychiatrique qui parle de trouble de l'adaptation, réactions mixtes, anxieuse et dépressive en rémission. Lorsqu'il voit sa patiente le 31.03.2003, il constate que psychologiquement, elle est tout-à-fait identique à ce qui a été décrit dans le rapport d'hospitalisation de l'hôpital de [...]. Il existe notamment plusieurs plaintes de nature somatique sans substrat réel. Plusieurs éléments cliniques plaident en faveur d'un trouble dépressif moyen compatible avec une IT de 50 %. Le Dr J._____ ajoute que compte tenu des divergences d'opinions, il proposerait une expertise psychiatrique qui permettrait de trancher sur le plan de la capacité de travail résiduelle de Madame V._____. Dans ce rapport, aucune mention n'est faite d'une éventuelle médication psychotrope. En date du 02.12.2014, il atteste d'une aggravation de son état de santé sur le plan physique et psychologique, caractérisé par un état dépressif majeur et des problèmes rhumatologiques.

L'ensemble de ces pathologies, dégradées depuis quelques mois, l'empêche d'avoir une activité professionnelle à 100%. Il demande que l'on adresse un questionnaire médical au Dr Q._____, psychiatre à [...].

Le 12.12.2014, la Dre L._____ (médecine interne à Lausanne) mentionne un trouble de l'adaptation avec réactions mixtes, anxieuse et dépressive. Tout en se référant au psychiatre qui suit la patiente, la Dresse L._____ précise que ce trouble est présent depuis plusieurs mois et consécutif aux multiples problèmes familiaux, professionnels et personnels, s'inscrivant dans un contexte de trouble dépressif récurrent. La médication en cours ne comprend aucun psychotrope.

Le Dr T._____ (centre de psychiatrie et de psychothérapie des Centre R._____) retient en date du 09.02.2015 le diagnostic d'épisode dépressif réactionnel. La patiente a été suivie au centre des Centre R._____ à sa demande dès le 20.01.2014, de façon hebdomadaire en raison d'une symptomatologie anxieuse et dépressive dans le contexte de difficultés professionnelles et familiales. Elle a interrompu son suivi psychothérapeutique le 24.04.2014, mentionnant une précarité financière et ayant trouvé une nouvelle place de stage en EMS pour reprendre sa formation d'aide-soignante à la [...] dès le 30.04.2014. Suite à l'échec de cette nouvelle tentative de formation professionnelle, Madame V._____ prend contact avec le centre des Centre R._____ le 17.09.2014. La période est marquée par la désunion de son mari, ce dernier ayant décidé de se séparer de son épouse. Madame V._____ présente une aggravation de sa symptomatologie anxieuse et dépressive, avec de la tristesse, des pleurs, une anhédonie, des troubles du sommeil et de l'appétit, un sentiment d'épuisement accompagné d'une recrudescence de ses douleurs. Ce nouvel épisode dépressif fait l'objet d'une reprise d'un traitement antidépresseur par le médecin traitant et précise le diagnostic de trouble dépressif récurrent. Le bilan neuropsychologique révèle un fonctionnement psychotique avec des défenses caractérielles dans le contexte d'un retard mental léger (01 à 63) entrant dans le cadre probable d'un trouble envahissant du développement. Sur le plan psychiatrique, les diagnostics suivants sont retenus : trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, retard mental léger, trouble envahissant du développement sans précision. Considérant ce tableau clinique et syndromique, la capacité

de travail est grandement limitée et actuellement aggravée par un nouvel épisode dépressif. Le pronostic reste réservé.

Le Dr J._____ retient le 13.05.2015 à nouveau le diagnostic d'état dépressif majeur. Il suit la patiente depuis le 16.11.1993. Une incapacité de travail est attestée à 100% mais sans mention de date. Il n'y a aucun renseignement quant à la médication en cours.

Le 04.07.2015, le Dr T._____ (centre de psychiatrie et psychothérapie des Centre R._____) relève un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, un retard mental léger et un probable trouble envahissant du développement sans précision.

Le traitement a débuté le 20.01.2014 et il est en cours. La patiente a été suivie depuis 2000 par Madame [...], psychologue à [...] en raison d'un épisode dépressif majeur, traité par antidépresseurs. Madame V._____ a débuté son suivi au centre de psychiatrie et psychothérapie des Centre R._____ à sa demande le 20.01.2014 à raison d'une séance hebdomadaire, en raison d'une symptomatologie anxieuse et dépressive dans le contexte de difficultés professionnelles et familiales. Elle a interrompu son suivi thérapeutique en avril 2014, mentionnant une précarité financière et ayant trouvé une nouvelle place de stage en EMS pour reprendre sa formation d'aide-soignante à la [...] le 30.04.2014. Suite à l'échec de cette nouvelle tentative de formation professionnelle, Madame V._____ prend contact avec le centre de psychothérapie des Centre R._____ dès septembre 2014. La péjoration de la symptomatologie anxieuse et dépressive s'accompagne d'une recrudescence des douleurs, notamment de l'épaule gauche. Le pronostic est réservé car la patiente présente une compréhension partielle qui limite la capacité à réagir et à s'adapter aux différents événements de sa vie. Un travail de soutien et d'accompagnement psychosocial peut l'aider à avoir un meilleur fonctionnement avec toutefois une autonomie qui restera limitée, principalement au niveau administratif. Le traitement psychiatrique en cours consiste en une thérapie de soutien et la mobilisation de mesures psychosociales. Un accompagnement pourrait favoriser l'acceptation de sa situation avec possiblement la mise en place d'une mesure de curatelle volontaire. Le traitement en cours vise également à l'acceptation de la maladie ainsi qu'à celle d'un traitement psychotrope à visées antidépressives et anxiolytiques.

La médication comporte du Cymbalta® 30mg le soir. Une IT est attestée à 20% depuis décembre 2014 en tant qu'auxiliaire de restauration. Il est mentionné que du fait des limitations cognitives et intellectuelles, péjorées par la surdité de la patiente, des malentendus récurrents et des insuffisances engendrent des ruptures de collaboration avec les collègues et les supérieurs hiérarchiques.

Le 30.03.2017, un complément de rapport est établi par le Dr Q._____ et la Dresse K._____ (psychiatre et psychothérapeute au centre des Centre R._____) : « sur le plan psychiatrique, la capacité de travail de Madame V._____ est limitée par un trouble dépressif récurrent de degré moyen, notamment dans le contexte d'acouphènes chroniques bilatéraux, ainsi qu'un diabète insulino-requérant, diabète longtemps banalisé par Madame V._____ ». On relève également un

retard mental léger ainsi qu'un probable trouble envahissant du développement. Il existe une difficulté à la compréhension et aux apprentissages, difficultés plus marquées dans la discussion d'un groupe de personnes, du fait notamment des limitations intellectuelles, aggravées par les acouphènes. L'intégration à la dynamique d'un groupe de travail a notamment été rendue plus difficile pour cette patiente, par les soins récurrents inhérents à la gestion d'un diabète insulino-requérant, contexte particulier dont la patiente n'a pas su informer ses collègues et sa hiérarchie. Considérant ce contexte limitatif, il nous parait approprié d'envisager pour cette patiente la perspective d'une rente avec une activité adaptée à un taux de maximum 50% dont le rendement pourra être fluctuant et globalement réduit à une moyenne de 50%.

Actuellement, l'assurée est suivie au centre de psychiatrie et psychothérapie des Centre R._____ depuis environ 3 ans. Elle voit son thérapeute une fois par semaine et mentionne un bon contact avec lui. Elle se dit régulière aux rendez-vous. La médication comporte du Cymbalta® 60mg/j avec une amélioration sensible de l'état clinique selon l'assurée.

L'assurée a été hospitalisée du 22 au 28.05.2001 au département universitaire de psychiatrie adulte à [...], avec le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. Un examen bidisciplinaire a été effectué au SMR en date du 03.02.2003 dans le contexte de la première demande qui a conclu à un trouble de l'adaptation mixte, anxieuse et dépressive, non incapacitante.

L'anamnèse, les documents du dossier et l'examen de ce jour objectivent la présence d'un trouble dépressif récurrent en rémission. La récurrence du trouble thymique est attestée par les documents du 09 février et du 24 juillet 2015 (centre de psychiatrie et psychothérapie des Centre R._____).

Il s'agissait à deux reprises d'épisodes actuels moyens avec syndrome somatique. L'examen de ce jour objective une humeur légèrement abaissée mais les deux autres symptômes majeurs de la dépression sont absents ; il n'y pas de diminution de l'intérêt et du plaisir ni de réduction de l'énergie. La fatigabilité alléguée à l'anamnèse n'est pas retrouvée au status.

Il existe une diminution de la concentration et de l'attention mais ni diminution de l'estime de soi ni d'attitude morose et pessimiste face à l'avenir. L'appétit est diminué mais sur une base volontaire, l'assurée désirant perdre du poids malgré l'avis contraire de ses médecins. Aucun autre élément de la lignée dépressive n'est retrouvé excepté une baisse de la libido isolée. Le sommeil est perturbé mais en raison des douleurs. Ce diagnostic ne présente pas de caractère incapacitant.

L'anamnèse, les documents du dossier et le status permettent d'objectiver la présence d'un trouble de personnalité émotionnellement labile de type borderline non décompensé. L'assurée présente des antécédents de maltraitance et de carence affective précoce, avec une tendance à une mise en conflit rapide de la relation face à la moindre frustration, notamment dans le milieu professionnel. Ces aspects de la personnalité sont présents de longue date et précèdent la survenue de l'incapacité de travail

actuelle. Le trouble de personnalité étant actuellement compensé, il ne présente pas de caractère incapacitant.

Les documents à disposition permettent également de poser le diagnostic de retard mental léger. Un bilan neuropsychologique effectué au centre de psychiatrie et de psychothérapie en novembre 2014 en témoigne. Le profil est cependant dysharmonique tant entre les échelles qu'entre les différents items des tests. Le bilan démontre en effet que l'assurée réussit parfois dans certains items relativement difficiles, mais échoue dans des items beaucoup plus simples. Dans le retard mental léger, les difficultés concernent essentiellement les performances scolaires, en particulier l'apprentissage de la lecture et de l'écriture, ce qui n'est pas le cas chez l'assurée. Les personnes appartenant à la limite supérieure (ce qui est le cas de l'assurée) peuvent habituellement être employée à des tâches demandant des compétences plus pratiques que théoriques, par exemple des travaux manuels peu ou pas qualifiés. L'assurée a d'ailleurs pu exercer divers emplois malgré ce handicap. Le retard mental observé chez l'assurée est très probablement secondaire aux carences affectives et scolaires survenues dans l'enfance. Ce diagnostic *ne* présente pas de caractère incapacitant.

Finalement, les documents du dossier, l'anamnèse et l'examen de ce jour objectivent la présence d'un trouble somatoforme indifférencié. L'assurée présente en effets divers plaintes douloureuses persistantes et multiples. Ce trouble doit être discuté à la lumière des nouveaux indicateurs. Les éléments recueillis ci-dessus et dans le contexte psychosocial permettent de constater que les ressources disponibles ou mobilisables sont conservées et en cohérence avec l'anamnèse de la vie quotidienne. Ce diagnostic ne présente donc pas de caractère incapacitant

Actuellement, le traitement est effectué lege artis. L'assurée est suivie depuis 2014 au centre de psychiatrie et psychothérapie des Centre R._____ avec séances hebdomadaires et médication antidépressive de Cymbalte) 60mg1. La coopération de l'assurée à la thérapie est bonne. Le pronostic est incertain. L'assurée est apte à suivre des mesures de réadaptation. Il y a une bonne cohérence entre les symptômes, le comportement et les activités de la vie quotidienne.

Concernant la CT, le trouble de de l'adaptation, non incapacitant, ne justifie aucune IT du 01.11.2014 au 08.02.2015 ; par la suite, le trouble dépressif récurrent avec des épisodes moyens justifie une IT de 50 % dès le 09.02.2015 (début de la prise en charge psychiatrique) jusqu'au 31.07.2016 date à laquelle l'assurée constate une amélioration lui permettant de pouvoir partir en vacances.

L'OAI s'est fondé sur ce rapport pour retenir que l'assurée disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges fréquent de plus de 5kg, pas d'activité prolongée les bras au-dessus de l'horizontale), sous réserve d'une période de totale d'incapacité, du 1er août 2014 au 31 août 2016.

C’est sur cette base que l’intimé a reconnu à l’assurée le droit à une rente entière limitée dans le temps, du 1er août 2015 au 30 novembre 2016.

L'assurée a contesté ce projet de décision par courriers des 19 septembre et 11 octobre 2017, faisant valoir en substance que son état de santé ne s'était pas amélioré à partir de novembre 2016.

Le 31 octobre 2017, les Drs K._____ et Q._____ ont adressé un rapport à l'OAI, à teneur duquel ils ont rappelé que l'assurée était reconnue depuis plusieurs années par plusieurs médecins comme présentant une vulnérabilité anxieuse et dépressive, notamment depuis son hospitalisation à l'Hôpital psychiatrique de [...] en mai 2001, où un épisode dépressif majeur de degré moyen avait été retenu. Dans ce contexte de trouble dépressif récurrent documenté, ils avaient observé chez l'intéressée une recrudescence d'une symptomatologie anxieuse et dépressive correspondant à un épisode dépressif majeur de degré moyen à sévère. Cette dépression s'accompagnait d'une symptomatologie algique diffuse, avec notamment des douleurs articulaires, neurologiques et musculaires, avec incidence sur l'humeur, la qualité du sommeil et la fatigue. Une augmentation du traitement antidépresseur avait été réalisée. Les difficultés de compréhension de l'assurée en lien avec son retard mental la privait des facultés adaptatives attendues chez un patient lambda, cette limitation étant de plus aggravée par des troubles de l'audition, eux-mêmes péjorés par des acouphènes chroniques. Dans ce contexte de polymorbidités, une activité à 100% n'était pas envisageable et l'octroi d'une rente minimale de 50% était requise.

Par avis du 17 novembre 2017, le Dr W._____ du SMR s'est prononcé sur les conclusions du rapport d'examen bidisciplinaire du 30 juin 2017, considérant qu'il n'y avait aucune raison de s'en écarter. S'agissant de l'épisode dépressif de gravité sévère évoqué par les Drs K._____ et Q._____ dans leur rapport du 31 octobre 2017, il s'inscrivait dans la déception qu'avait eue l'assurée à la connaissance de l'octroi d'une rente limitée dans le temps. Les psychiatres traitants n'invoquaient

au surplus aucun élément nouveau que le SMR aurait ignoré dans le cadre de son examen bidisciplinaire.

Par courrier du 8 janvier 2018 à l'OAI, la Dresse L._____ a notamment fait état des difficultés rencontrées par l'assurée pour gérer son diabète, dans un contexte socio-économique marqué par la pauvreté. En raison d'un diabète totalement déséquilibré, toute activité dans la restauration était inadapté, ce d'autant que l'intéressée souffrait également de problèmes ostéo-articulaires. Une réévaluation de la situation était nécessaire dans ce contexte.

Le 5 mars 2018, [...], spécialiste en assurances sociales chez Procap, Centre de Conseils en assurances sociales, a informé l'OAI qu'elle représentait désormais les intérêts de l'assurée, étant au bénéfice d'une procuration dûment signée par l'intéressée et produite au dossier.

Le 29 mars 2018, [...] a informé l'OAI que le dossier de l'assurée était repris par Procap, Service juridique, à Bienne, l'avocat Séverin Tissot-Daguette représentant désormais les intérêts de V._____. Dans son courrier du 5 avril 2018, il a requis de l'OAI qu'il lui communique toute correspondance relative à sa mandante et que la caisse de compensation compétente soit informée de son mandat.

Par décision du 12 avril 2018, adressée à V._____, l'OAI a confirmé le droit à une rente entière d’invalidité limitée dans le temps, se fondant sur les arguments déjà exposés dans le cadre de son projet de décision.

Le 12 juin 2018, Me Tissot-Daguette a rappelé à l'OAI de lui notifier sa décision formelle directement, une fois que celle-ci serait établie. Au surplus, il a produit un rapport du 17 mai 2018 établi par le Dr [...] et Q._____, des Centre R._____, à la teneur suivante :

> "Mme V._____ est en suivi régulier dans notre Centre depuis le 20 janvier 2014, sur recommandation de son médecin spécialisé en diabétologie, en raison d'une symptomatologie dépressive et anxieuse, dans le contexte notamment des difficultés de la patiente

à comprendre *et* à accepter le diabète insulinodépendant dont elle souffre depuis plusieurs années, maladie dont elle a hérité de sa mère, laquelle a eu une évolution clinique torpide, avec classiquement de nombreuses lésions vasculaires l'ayant rendue aveugle et significativement limité son espérance de vie. Ce contexte héréditaire est très anxiogène pour Mme V._____, ce qui a probablement différé d'autant sa capacité à reconnaitre et à comprendre cette maladie.

Selon notre évaluation et comme mentionné dans notre rapport à l'Office AI du 24 juillet 2015, Mme V._____ souffre d'une pathologie dépressive et anxieuse, avec la survenue de plusieurs épisodes de nature réactionnels mais également spontanés, ce qui nous a amenés à retenir le diagnostic de trouble dépressif récurrent (CIM-10 : F33.11), d'évolution chronique. Cette dépressivité s'accompagne d'une symptomatologie algique diffuse, avec notamment des douleurs articulaires, neurologiques et musculaires, que la patiente identifie comme étant des crises de fibromyalgie, et qui ont également une incidence particulièrement délétère sur l'humeur, la qualité du sommeil et la fatigue marquée que ressent la patiente.

Par ailleurs, le bilan psychologique du 11 décembre 2014 réalisé par Mme C. [...] a confirmé notre impression clinique de retard mental léger et de probable trouble envahissant du développement, ce tableau clinique limitant d'autant plus la capacité de compréhension de MmeV._____ et restreint de façon significative sa capacité à faire face et à s'adapter à l'adversité de la vie, notamment dans une relation de couple asymétrique et chroniquement conflictuelle, qui a finalement abouti à une séparation puis un divorce en 2017.

Depuis l'âge de 20 ans, Mme V._____ souffre chroniquement d'acouphènes, avec une hypoacousie, ce contexte étant à lui seul un facteur de risque de développer un tableau dépressif chronique.

Ce tableau clinique nous a amenés à parler de polymorbidité, ces différents handicaps limitant significativement la capacité de Mme V._____, de laquelle on ne peut attendre ni l'autonomie de trouver un travail adapté, ni de s'adapter aux exigences sociales d'une activité professionnelle, considérant ses difficultés à comprendre les situations et à communiquer, par exemple sur la gestion de son diabète, notamment d'opérer des contrôles réguliers et de s'injecter de l'insuline, mais également de subir des hypo et des hyperglycémies, ce qui perturbe significativement sa capacité attentionnelle.

Dans son rapport, l'AI a notamment retenu un trouble de la personnalité émotionnellement labile, ce qui se distingue de notre évaluation. Si l'on peut s'attendre, dans le cas d'un trouble de la personnalité, à un assouplissement des défenses caractérielles à l'issue d'un travail psychothérapeutique soutenu et régulier, cette même évolution n'est pas attendue dans le contexte de la limitation de l'efficience mentale, limitation que le bilan psychologique de MmeV._____ a démontré, et qui explique selon nous les défenses du caractère, en l'absence des caractéristiques d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile. Nous n'avons notamment pas relevé chez MmeV._____ de manque de contrôle de soi avec

> recours privilégié à l'agir, de façon impulsive, sans considération pour les conséquences possibles, de mises en dangers sociales, relationnelles ni de recours aux toxiques, et pas relevé non-plus de labilité émotionnelle. Par ailleurs l'identité semble relativement stable".

**D.** Par acte du 20 juin 2018, V._____, sous la plume de son conseil, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. A la forme, la recourante conclut à la recevabilité de son recours, la décision entreprise n'ayant été notifiée à son conseil que le 14 juin 2018. A titre subsidiaire, elle considère que son courrier du 12 juin 2018 équivaut à une contestation de la décision. Sur le fond, elle conclut principalement à la réforme de la décision entreprise dans le sens du versement d'une demi-rente d'invalidité au-delà du 30 novembre 2016, et subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise rhumatologique et psychiatrique. En substance, elle conteste les conclusions de l'examen clinique bidisciplinaire du SMR. Elle se fonde en particulier sur le rapport du 17 mai 2018 établi par les Drs [...] et Q._____, des Centre R._____, pour évoquer ses limites quant à sa capacité de travail, sur le plan de l'autonomie et des ressources.

Le 15 août 2018, l'OAI a conclu à l'irrecevabilité du recours, pour tardiveté, et subsidiairement au rejet du recours. Sur le fond, l'OAI a confirmé en substance qu'aucun élément au dossier ne justifiait de s'écarter du rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du SMR du 27 juin 2017. Il a produit un nouvel avis médical du SMR daté du 31 juillet 2018, au terme duquel le Dr [...] parvient à la même conclusion.

Par réplique du 4 octobre 2018, la recourante a estimé que l'OAI n'apportait aucun élément permettant de démonter la date de la notification de la décision entreprise. Au surplus, elle a confirmé la teneur de son mémoire de recours.

Dans sa duplique du 23 octobre 2018, l'OAI a maintenu sa position.

**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]).

Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. Le délai de recours n'est pas prolongeable (art. 40 al. 1 LPGA) et commence à courir dès le lendemain de la communication de la décision attaquée, sans toutefois courir durant les féries de Pâques, d'été ou de fin d'année (art. 38 al. 1 et 4 LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA). En ce qui concerne plus particulièrement la notification d'une décision ou d'une communication de l'administration, elle doit au moins être établie au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurance sociale (ATF 121 V 5 consid. 3b). L'autorité supporte donc les conséquences de l'absence de preuve (ou de vraisemblance prépondérante) en ce sens que si la notification ou sa date sont contestées et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATF 129 I 8 consid. 2.2 ; 124 V 400 consid. 2a et les références ; TF 9C_433/2015 du 1er février 2016 consid. 4.1).

Une partie peut, en tout temps, se faire représenter, à moins qu'elle ne doive agir personnellement, ou se faire assister, pour autant que l'urgence d'une enquête ne l'exclue pas. L'assureur peut exiger du mandataire qu'il justifie ses pouvoirs par une procuration écrite. Tant que la partie ne révoque pas la procuration, l'assureur adresse ses communications au mandataire (art. 37 LPGA).

**b)** En l'espèce, l'OAI était informé de la représentation de la recourante par Procap. L'office a en effet reçu un premier courrier allant

dans ce sens le 5 mars 2018, puis un second le 6 avril 2018, signé de Me Tissot-Daguette. Ces pièces ont été adressées à la Caisse de compensation le 10 avril 2018. Il est vraisemblable, s'agissant d'un courrier B, qu'elles auront été réceptionnées par la Caisse de compensation après la décision litigieuse, ce qui est sans importance. En effet, la constitution du conseil et la procuration ont été reçues par les organes de l'AI alors que la décision n'était pas encore rendue, avec pour conséquence que celle-ci devait être notifiée au mandataire.

**c)** La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (art. 49 al. 3, 3ème phrase, LPGA et également art. 38 PA [loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021]). Cependant, la jurisprudence n'attache pas nécessairement la nullité à l'existence de vices dans la notification; la protection des parties est suffisamment garantie lorsque la notification irrégulière atteint son but malgré cette irrégularité. Il y a donc lieu d'examiner, d'après les circonstances du cas concret, si la partie intéressée a réellement été induite en erreur par l'irrégularité de la notification et a, de ce fait, subi un préjudice. Il convient à cet égard de s'en tenir aux règles de la bonne foi qui imposent une limite à l'invocation du vice de forme (ATF 122 I 97 consid. 3a/aa ; 111 V 149 consid. 4c ; TF C 196/00 du 10 mai 2001 consid. 3a). Cela signifie notamment qu'une décision, fût-elle notifiée de manière irrégulière, peut entrer en force si elle n'est pas déférée au juge dans un délai raisonnable (TF 8C_216/2012 du 5 avril 2013 consid. 3.1 ; TF 9C_296/2011 du 28 février 2012 consid. 5.1).

Le Tribunal fédéral des assurances a eu l'occasion de préciser dans quel délai une partie est tenue d'attaquer une décision lorsque celle-ci n'est pas notifiée à son représentant – dont l'existence est connue de l'autorité –, mais directement en ses mains. Dans de telles situations, il a jugé que l'intéressé doit, en vertu de son devoir de diligence, se renseigner auprès de son mandataire de la suite donnée à son affaire au plus tard le dernier jour du délai de recours depuis la notification de la décision litigieuse, de sorte qu'il y a lieu de faire courir le délai de recours

dès cette date (TF 9C_296/2011 du 28 février 2012 consid. 5.1; TF 9C_85/2011 du 17 janvier 2012 consid. 6). Cette pratique a été confirmée récemment, à la lumière de la CEDH (Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales 4 novembre 1950 ; RS 0.101) et de la LPGA (TF 9C_85/2011 du 17 janvier 2012 consid. 4-6). En effet, une décision notifiée directement à l'assuré à la place de son mandataire doit être validée juridiquement s'il ne peut pas être retenu un délai raisonnable entre le moment où son destinataire en a pris connaissance et où il a agi. L'assuré ne peut simplement ignorer la décision. Comme pour d'autres cas de notification irrégulière, il est tenu, selon le principe de la bonne foi et de la sécurité du droit, de recourir dans les termes légaux ou de se renseigner auprès de son représentant dans un délai raisonnable s'il peut reconnaître le caractère décisionnel de l'acte et s'il n'entend pas se le voir opposer. Ce sont les circonstances de l'acte qui permettent d'établir si l'assuré a agi avec diligence et si le temps mis à réagir est raisonnable (TF 9C_85/2011 du 17 janvier 2012 consid. 6.2 et les références citées ; voir aussi TF 8C_216/2012 du 5 avril 2013 consid. 3.1; TF 9C_296/2011 du 28 février 2012 consid. 5.1).

En l'occurrence, la décision litigieuse a été postée le 11 avril 2018 en courrier A à l'attention de V._____. Ce pli n'a pas atteint sa destinataire, puisqu'il a été retourné avec mention « destinataire introuvable à l'adresse indiquée ». L'OAI n'a effectué aucune démarche en vue de vérifier l'adresse, respectivement tenter une nouvelle notification. En de telles circonstances, on ne peut retenir une présomption de notification. On ne saurait dès lors opposer à la recourante la jurisprudence précitée selon laquelle elle avait le devoir de se renseigner auprès de son représentant dans un délai raisonnable quant à la suite à donner à son affaire, puisqu'elle n'était vraisemblablement pas informée qu'une décision la concernant avait été rendue. Ainsi, à défaut pour l'intimé d'avoir acheminé cette décision par lettre recommandée, et de pouvoir prouver la date de l'envoi de la décision et de sa notification, on retiendra en définitive que la première notification utile de la décision litigieuse correspond à l'envoi adressé au conseil de la recourante, par courrier du 14 juin 2018. Le recours, déposé le 20 juin 2018, est par

conséquent déposé en temps utile. Il satisfait en outre aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

**2.** Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, à la suite de la nouvelle demande déposée le 23 octobre 2014. Plus précisément, la recourante estime avoir droit à une demi-rente d'invalidité depuis le 1er décembre 2016, ensuite de la rente entière d'invalidité allouée par l'intimé du 1er septembre 2015 au 30 novembre 2016.

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

L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en

exerçant l’activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (cf. art. 16 LPGA).

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d’invalidité, l’administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d’autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l’état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

**c)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment 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 ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

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).

**d)** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité (au sens des art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA). En 2015, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d’évaluation du droit à une rente AI en cas de troubles somatoformes douloureux et d’affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2 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). Le Tribunal fédéral a récemment étendu l’application de la procédure d’examen structurée d’administration des preuves à l’ensemble des maladies psychiatriques, en particulier aux dépressions légères à moyennes (ATF 143 V 418 et 143 V 409).

**4.** **a)** 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 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).

**b)** 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 et 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).

Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (TF 9C_355/2014 du 2 décembre 2014 consid. 4.2 et 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1 ; cf. également consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254 [TF 9C_204/2009 du 6 juillet 2009]). Il convient cependant d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C_500/2011 précité loc. cit., 9C_28/2011 précité loc. cit. et 9C_745/2010 précité loc. cit.).

**5.** En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la deuxième demande de prestations de l'assurée du 23 octobre 2014 et a procédé à l'instruction du cas. Il convient dès lors d'examiner si, entre la dernière décision de refus de prestations entrée en force – soit la décision du 23 mars 2005 – et la décision litigieuse du 12 avril 2018, l'état de santé de la recourante s'est modifié de façon à influencer son droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

Pour statuer sur les prétentions de l'assurée dans le cadre de la précédente procédure AI, l'office s'était essentiellement fondé sur le rapport d'examen clinique rhumatologique et de psychiatrique du 11 février 2003 de la Dresse O._____ et du Dr N._____ du SMR, lesquels retenaient que l'intéressée présentait une pathologie psychiatrique (troubles de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive) non incapacitante et que le diabète sucré insulino-dépendant, sans complications majeures, n'avait pas d'influence sur la capacité de travail. Toute incapacité en lien avec la surdité était également niée, du moment que l'assurée pouvait travailler dans un environnement peu bruyant.

Dans le cadre de sa deuxième demande, la recourante a fait valoir une aggravation de son état de santé tant sur le plan somatique que psychique, soutenant qu'elle n'est pas capable de travailler à plus de 50%. Elle allègue en particulier souffrir d'un état dépressif majeur et au plan somatique, d'une atteinte à l'épaule et de rachialgies (cf. rapport du 2 décembre 2014 du Dr J._____).

**6.** La décision entreprise se fonde sur l'examen clinique mise en œuvre sur le plan rhumatologique d'une part (Dr M._____) et psychiatrique d'autre part (DresseC._____) par le SMR.

**a)** Sur le plan somatique, le volet rhumatologique de l'examen clinique du 27 juin 2017 remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, s'agissant de l'atteinte à l'épaule. En effet, le Dr M._____ s'est prononcé après avoir examiné l'assurée, en pleine connaissance de l'anamnèse et de son dossier médical. Il a en outre pris en compte les plaintes de l'intéressée et son appréciation de la situation médicale est claire. En particulier, le Dr M._____, s'agissant de l'atteinte à l'épaule droite, a détaillé ses constatations médicales, et ses conclusions, selon lesquelles la capsulite rétractile était désormais résolue, sont bien motivées. Il explique ainsi que dans le contexte d'une participation limitée de l'assurée en phase d'examen, il a néanmoins pu constater une mobilité spontanée de l'épaule gauche et l'absence de toute difficulté à élever les bras lors du déshabillage et du rhabillage. Lorsque l'assurée s'opposait aux mobilisations passives de l'épaule, elle effectuait des contre-pulsions témoignant d'une force conservée. La date de résolution de la capsulite pouvait quant à elle être fixée au mois de septembre 2016, soit lorsque la recourante avait indiqué ne plus prendre de morphine contre les douleurs de l'épaule. Au-delà, le Dr M._____ a admis des limitations fonctionnelles en lien avec l'épaule gauche, dont l'examen clinique et radiologique avait montré, en sus de la capsulite, des signes de tendinopathie des tendons des muscles sus-épineux, sous-scapulaires et long chef du biceps, sans signe de déchirure, une bursite sous-acromiale, des altérations dégénératives acromio-claviculaires et une

petite déchirure labrale. Il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions circonstanciées, et au demeurant non contredites, de ce médecin. En effet, la Dresse [...], qui avait diagnostiqué la capsulite rétractile (rapport du 13 février 2015) et le Dr J._____ qui s'était prononcé sur la question de la capacité de travail en lien avec cette pathologie (notamment rapport du 23 janvier 2016), ne se sont pas déterminés sur l'avis du Dr M._____.

S’agissant de la surdité et du diabète que présente la recourante, il ne ressort pas des pièces au dossier que ces atteintes se soient aggravées depuis 2003. Le Dr [...], spécialiste ORL, a fait état d’une situation stable s’agissant de la surdité et a confirmé que l’atteinte était sans influence sur la capacité de travail (rapport du 25 janvier 2016). La Dresse L._____, diabétologue, a quant à elle confirmé qu’au plan strictement médical, le diabète était équilibré et qu’il n’y avait pas d’atteinte des organes cibles (rapport du 12 décembre 2014). Cela étant, cette praticienne a également expliqué, dans le cadre de ses rapports successifs, que l'assurée rencontrait des difficultés à gérer son diabète et l’insulinothérapie à laquelle elle était astreinte, dans un contexte professionnel (rapport des 12 décembre 2014 et 8 janvier 2018 notamment). Elle devait en particulier avoir un temps suffisant pour effectuer des mesures de glycémie avant les repas, estimer la quantité d'hydrates de carbone contenus dans son assiette, choisir en conséquence la dose d'insuline à injecter, vérifier deux heures plus tard si la dose était la bonne et cas échéant corriger avec des compléments d'insuline. Les contraintes liées au traitement du diabète ont manifestement échappé au SMR, puisque ni l'examen clinique du 27 juin 2017 ni les différents avis SMR ne questionnent le rendement, respectivement les limitations fonctionnelles de la recourante en lien avec l’insulinothérapie. L'absence de discussion matérielle de cette problématique ne peut simplement être palliée par le constat que le diabète de la recourante est équilibré. En l'état du dossier, il n'est pas possible de déterminer quel est l'impact du contrôle de la glycémie sur le rendement professionnel, plus exactement sur la nécessité de prendre des pauses à cet effet. Il s’agira de compléter l’instruction sur ce point.

**b)** Sur le plan psychique, l'examen clinique du 27 juin 2017 se révèle insuffisante pour se déterminer en toute connaissance de cause sur l'état de santé de l'assurée.

A l'analyse du rapport de la Dresse C._____, on observe que celle-ci, dans la partie relative à l'appréciation du cas au plan psychiatrique, consacre presque l'entier de son analyse à l'énumération de pièces médicales, alors que le détail des documents médicaux qui composent le dossier apparaît déjà en début d'expertise ainsi que dans la partie consacrée à l'anamnèse psychiatrique (p. 9 à 11). L'analyse proprement dite du cas est partant particulièrement restreinte, et les diagnostics évoqués, de même que leur influence sur la capacité de travail, sont peu discutés.

C'est ainsi que la Dresse C._____ prétend discuter du diagnostic de trouble somatoforme douloureux à la lumière de la jurisprudence relative à cette atteinte (cf. ATF 141 V 281), alors qu'elle se contente d'affirmer, sans développement au stade de la discussion, que la recourante dispose de ressources disponibles ou mobilisables et que par conséquent, le caractère invalidant du trouble peut être écarté (examen clinique, p. 20). Cette appréciation extrêmement sommaire ne saurait être jugée suffisante au regard de la jurisprudence, étant au demeurant constaté que le trouble somatoforme douloureux diagnostiqué par la spécialiste psychiatre n'a fait l'objet d'aucune investigation de la part du spécialiste rhumatologue. Plus particulièrement, celui-ci ne discute pas de l'existence ou non d'un substrat organique aux douleurs multiples et permanentes alléguées par la recourante.

La Dresse C._____ conclut par ailleurs à l'absence de caractère incapacitant du retard mental léger ou d'influence de ce trouble sur le rendement, au motif notamment que l'assurée a conservé une capacité de travail nonobstant cette atteinte. Cette appréciation serait justifiée en présence d'une activité professionnelle régulière et stable. Or tel n'est pas le cas au vu des nombreux emplois occupés par l'assurée depuis 2003. A ce sujet, la Dresse L._____ a en effet détaillé dans un

rapport du 12 décembre 2014 les difficultés rencontrées par la recourante pour conserver ses emplois, indiquant notamment que l'intéressée avait été licenciée après six mois de son emploi d'ouvrière sur pièces détachées en raison d'une productivité jugée insuffisante, qu'elle avait été licenciée d'un autre emploi parce qu'elle avait des difficultés de concentration et des problèmes pour gérer la caisse de la cafeteria dans laquelle elle travaillait, qu'elle avait ensuite enchaîné les missions temporaires et ponctuelles et qu'elle avait échoué à reprendre une formation d'aide-soignante. Dans ce contexte, il paraît prématuré de conclure à l'absence de caractère incapacitant du retard mental dont souffre la recourante sans analyse exhaustive des causes des pertes ou abandons d'emploi successifs. De même, on ne saurait suivre l'analyse de la Dresse C._____ qui déduit notamment des vacances prises par l'assurée que l'état dépressif n'est plus incapacitant.

Les conclusions de la Dresse C._____ procèdent d'un raisonnement qui est, en définitive, peu convaincant, ce d'autant qu'il existe une nette divergence d'opinion entre son point de vue, qui retient une pleine capacité de travail dans toute activité dès le 1er septembre 2016 en l'absence d'atteinte incapacitante, et le point de vue défendu par les psychiatres traitants de la recourante qui estiment qu'elle ne peut pas travailler à plein temps en raison notamment d'une dépression chronique majeure de degré moyen à sévère, accompagnée d'une symptomatologie algique diffuse (rapports des 30 mars 2017, 31 octobre 2017 et 17 mai 2018). Les DrsL._____ (rapport du 8 janvier 2018) et le Dr J._____ (rapport du 23 janvier 2016) soutiennent également que la recourante ne peut pas exercer une activité à plein temps. Ces divergences dans l'appréciation du cas de la recourante tiennent essentiellement au fait que l'experte ne discute pas de l'interaction des différentes atteintes neuropsychologique et psychiatriques sur le fonctionnement social et professionnel de la recourante, contrairement aux psychiatres-traitants qui ont tenu compte dans leur appréciation d'un tableau clinique et syndromique global avant de conclure à la présence d'une polymorbidité, handicapant la vie de la recourante tant au plan personnel que professionnel. La Dresse C._____, de même que le SMR dans ses

différents avis, font visiblement l'économie de cette analyse, en prenant chaque diagnostic pour lui-même, sans procéder à une appréciation plus globale de la situation. Dans ce contexte, se pose en particulier la question de savoir si le retard mental que présente la recourante, lequel n'empêche en principe pas l'accès à des activités simples et répétitives, est susceptible de limiter la capacité de travail en raison des autres atteintes de l'assurée, y compris somatiques (diabète et surdité) et éventuellement des troubles cognitifs, soit troubles de la concentration et de la mémoire, diminution de la mémoire et de l'attention observés dans le cadre de l'examen clinique SMR, mais sans que cela soit discuté plus en détail par les auteurs de cet examen.

**c)** En définitive, il n'est pas possible en l'état du dossier de déterminer avec suffisamment de certitude l'incidence des différentes atteintes que présente la recourante, tant au plan somatique que psychiatrique, sur la capacité résiduelle de travail de l'intéressée. L'instruction doit être complétée et actualisée.

**7.** **a)** Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il

s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

**b)** En l'occurrence, compte tenu des contradictions en cause et des lacunes dans l'instruction du cas, il s'avère que les conséquences de l'état de santé de la recourante sur sa capacité de travail n'ont pu être établies de manière probante. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé – auquel il appartient au premier chef d'instruire conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon l'art. 43 al. 1 LPGA – cette solution apparaissant comme la plus opportune. Dans ce contexte, il appartiendra à l'intimé de procéder à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comportant à tout le moins un volet en rhumatologie, en psychiatrie et en diabétologie (cf. art. 44 LPGA), en vue de définir précisément les diagnostics et les limitations fonctionnelles affectant la recourante, ainsi que de déterminer à quel taux, à partir de quelle date et dans quel type d'activité celle-ci est en mesure de travailler. Ce faisant, l'intimé veillera à ce que les experts adoptent une approche et une analyse pluridisciplinaire du cas, qui tiennent compte de l'ensemble des pathologies que présente la recourante.

**8.** **a)** En définitive, le recours se révèle bien fondé et doit donc être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision rendue par l'office AI, la cause lui étant renvoyée 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 contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice (art. 69 al. 1$^{bis}$ première phrase LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

**c)** Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 1’500 fr. (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l’intimé qui succombe.

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

**I.** Le recours est admis.

**II.** La décision rendue le 12 avril 2018 par l’Office de l’assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée.

**III.** La cause est renvoyée à l’Office de l’assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour complément d’instruction et nouvelle décision au sens des considérants.

**IV.** 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.

**V.** L’Office de l’assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la rencourante une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente : La greffière :

**Du**

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

- Procap, à Bienne (pour V._____),
- Office de l’assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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: