

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 juillet 2020

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mmes Feusi et Silva, assesseures
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

M. _____, à [...], recourante, représentée par Procap Suisse Service juridique, à Bienne,

et

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

Art. 6 s., 17 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 8 al. 1 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. M. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante portugaise née en [...], sans formation professionnelle certifiée, a exercé les activités de femme de chambre et de lingère. Elle a résidé en Suisse dès [...] et y est domiciliée durablement depuis décembre [...], après un retour temporaire dans son pays d'origine.

En date du 4 juillet 2011, le Centre social intercommunal de [...] a déposé un formulaire de détection précoce en faveur de l'assurée auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison d'une incapacité de travail de 50 % consécutive à une atteinte à l'œil gauche. Cette démarche a été suivie du dépôt, le 18 août 2011 par l'assurée, du formulaire *ad hoc* de prestations de l'assurance-invalidité (AI).

Après avoir recueilli les renseignements médicaux auprès des médecins consultés (rapport du 29 août 2011 du Dr A. _____ et rapport du 30 août 2011 du Dr Z. _____, tous deux spécialistes en ophtalmologie et ophtalmochirurgie), enregistré au dossier plusieurs certificats médicaux du Dr G. _____, spécialiste en médecine interne générale, qu'il a soumis à son médecin-conseil (rapport du 13 décembre 2011 du Dr K. _____, du SMR [Service médical régional de l'assurance-invalidité]), l'OAI a rendu un projet de décision du 3 janvier 2012 tendant au refus de toutes prestations.

A la demande de l'OAI, le Dr G. _____ a remis un consilium psychiatrique du 28 mars 2012 des Desses W. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et F. _____, médecin assistante, du service de la Polyclinique psychiatrique de [...] consécutivement à quatre consultations spécialisées de l'assurée. Ces médecins ont posé les diagnostics de probable trouble de la personnalité, type paranoïaque (F60.0) et probable trouble délirant, type somatique (F22.0).

Aux termes d'un rapport d'expertise psychiatrique du 5 décembre 2012, le Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, n'a retenu aucun diagnostic susceptible de se répercuter sur la capacité de travail, ni aucune limitation fonctionnelle du registre psychiatrique.

Par décision du 30 janvier 2013, reprenant les termes de son projet du 3 janvier 2012, l'OAI a nié à l'assurée tout droit à des prestations AI faute d'atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité.

Saisie d'un recours, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a, par arrêt du 21 mai 2014 (CASSO AI 60/13 - 112/2014), rejeté le recours de l'assurée. Cet arrêt est entré en force.

B. Le 18 juin 2014, M._____, par Procap Suisse Service juridique, a déposé une nouvelle demande de prestations en raison d'une aggravation de son état de santé sur le plan psychique (rapport du 2 juin 2014 du Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie). L'OAI est entré en matière sur cette demande.

Dans le « Formulaire 531bis » complété le 20 août 2014, l'assurée a déclaré que sans atteinte à la santé elle travaillerait à 100 % comme femme de chambre, lingère ou employée de maison par intérêts personnel et financier.

Aux termes d'un rapport d'entretien initial du 16 mars 2015, un collaborateur de l'OAI, spécialiste en réinsertion professionnelle, a indiqué que des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables sous la forme d'un entraînement à l'endurance, à raison de deux heures par jour durant quatre jours par semaine. L'assurée a donné son accord pour la mise en œuvre de la mesure envisagée.

Par communications des 14 avril 2015, 16 juillet 2015, 9 septembre 2015 et 1^{er} octobre 2015, l'assurée a été mise au bénéfice d'un entraînement à l'endurance au sens de l'art. 14a LAI (loi fédérale du

19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) auprès de [...], à [...], puis d'un entraînement progressif au [...] à [...] (communication du 22 octobre 2015). Le rapport du 13 novembre 2015 des responsables de ce centre se termine comme suit :

“6. Commentaires généraux sur les résultats obtenus au cours de la mesure

Mme M. _____ a démarré son stage auprès de l'atelier cafétéria le 2 novembre. Elle a démarré par de la préparation de légumes et la réception de marchandise, cela couplé avec le service au self-service pour les jeunes. Nous lui avons demandé si elle voulait effectuer le service dans la cafétéria d'entreprise, elle a refusé cela en lien avec le stress que cela provoque en elle. Depuis le 30 novembre, elle a intégré la cuisine avec la brigade. Cela se passe très bien, mais toujours sous surveillance, notamment à cause de ses limitations visuelles. Dans ses activités quotidiennes, Madame ne semble pas soumise au stress. Elle a rapidement intégré l'équipe en place et y est appréciée. Elle se montre appliquée et impliquée dans son travail et n'hésite pas à solliciter ses responsables en cas de questions ou lorsqu'elle n'a plus de travail. Il a été observé que, en lien avec ses limitations, Mme ne voit pas tous les petits détails (prise de température). Mme se montre présente de manière régulière et son temps de présence de 40 % semble lui convenir. Durant la fin du mois, Mme va avoir l'occasion de participer à l'inventaire de la cuisine et cela va lui permettre d'entraîner sa mémorisation, sa concentration, sa méthodologie et sa structuration dans la rédaction.

7. Suggestions pour la suite de la mesure

Dès janvier, éventuellement augmentation du temps de présence à 4 heures par jour durant 5 jours par semaine.”

Aux termes d'un nouveau rapport de bilan du 26 février 2016, il a été relevé que la mesure se déroulait toujours aussi bien, l'assurée se plaisant et se montrant à l'aise dans ses diverses activités. Elle était toujours à son poste et assumait son travail malgré des douleurs à l'œil.

L'intéressée a bénéficié de l'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle au sens de l'art. 15 LAI par communication du 29 mars 2016, avec prolongation au 20 juillet 2016. On extrait ce qui suit de la rubrique « 6. Commentaires généraux sur les résultats obtenus au cours de la mesure » du rapport d'évaluation rédigé le 23 juin 2016 par les responsables du [...] à [...] :

“Madame M._____ poursuit son stage au sein de l’atelier cafétéria. Cela se passe toujours aussi bien et Madame est très investie et intéressée par ce travail. Elle diversifie les activités, même s’il lui faut un peu de temps pour intégrer les nouveautés. Elle se montre très organisée dans son travail et remarque tout de suite quand quelqu’un vient le déranger. Elle entretient de bons rapports avec ses collègues ainsi qu’avec ses responsables, à qui elle transmet aisément les informations. Ces deux derniers mois ont été plus difficiles pour elle en termes de douleurs à l’œil. En effet, les douleurs se sont accentuées et elle a subi une nouvelle intervention pour aider à diminuer les douleurs, mais elles restent tout de même présentes. Malgré tout cela, Madame s’accroche et se montre un maximum présente en atelier et réalise son travail consciencieusement.”

Les 18 janvier et 6 juin 2016, l’assurée a subi des interventions à l’œil gauche sous la forme d’alcoolisations du nerf optique en raison de douleurs résiduelles post-décollement de rétine chronique.

Selon une communication interne à l’OAI du 20 juillet 2016, depuis l’opération du 6 juin 2016, l’assurée n’était plus en mesure de poursuivre sa réinsertion professionnelle, ni mettre en valeur une quelconque capacité de travail dans l’économie. Des mesures professionnelles n’étaient plus de mise. Il était nécessaire de reprendre l’instruction médicale du cas.

Après l’actualisation des renseignements auprès des médecins consultés (rapport du 24 août 2016 du Dr V._____, spécialiste en ophtalmologie et ophtalmochirurgie ; rapport du 2 novembre 2016 du Dr Q._____ ; rapport du 30 décembre 2016 de la Dre I._____, spécialiste en médecine interne générale ainsi qu’en médecine physique et réadaptation ; rapport du 7 février 2017 du DrY._____, spécialiste en neurologie), puis l’obtention du point de vue de son médecin-conseil (avis du 16 mars 2017 de la Dre E._____, du SMR), l’OAI a, par projet de décision du 20 mars 2017, fait part à l’assurée de son intention de rejeter sa nouvelle demande de prestations. Selon ses constatations, aucune aggravation notable et durable sur le plan oculaire ne s’était produite depuis la demande précédente. Au plan psychiatrique, il n’avait pas été démontré une modification notable et durable de l’état de l’intéressée depuis le rapport d’expertise de décembre 2012.

Dans le cadre de la procédure d'audition consécutive aux objections de l'assurée des 8 mai et 8 juin 2017, suivant le point de vue de son médecin-conseil (avis du 29 juin 2017 de la Dre E._____, du SMR), l'OAI a, via la plateforme SuisseMED@P, confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire (de médecine interne générale, neuropsychologique, ophtalmologique ainsi que psychiatrique et psychologique) de l'assurée à la Clinique romande de réadaptation (CRR) à [...]. Les Drs U._____, spécialiste en médecine interne générale, X._____, spécialiste en neurologie assisté du psychologue spécialiste en neuropsychologie S._____, B._____, spécialiste en ophtalmologie, et R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont rendu leur rapport le 24 mai 2018. Au terme du séjour de l'assurée du 30 avril au 2 mai 2018 et l'étude du dossier médical mis à disposition, l'expert psychiatre à la CRR a retenu un trouble de la personnalité émotionnellement labile (F60.3), un fonctionnement intellectuel limite, possible retard mental léger (F79), ainsi qu'une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Il a estimé que le trouble de la personnalité diagnostiqué justifiait une diminution de rendement de 30 % sur une capacité de travail entière en toute activité. L'examen neuropsychologique a, quant à lui, mis en évidence des performances à la limite inférieure de la norme, voire légèrement abaissées, ainsi qu'un discret fléchissement exécutif. Il n'a pas été constaté de limitation fonctionnelle sur le plan ophtalmologique.

Le 17 juillet 2018, le Dr Q._____ a adressé un courriel à l'OAI. Ce médecin a évoqué un tableau dépressif sévère susceptible de se péjorer en raison de la structure psychotique de sa patiente. A ses yeux, cette dernière n'était plus apte à travailler en raison de son isolement social avec « des difficultés dans les relations interpersonnelles, non seulement au sein de la famille mais aussi dans le travail ».

Sur interpellation de l'OAI, l'expert psychiatre R._____ a répondu, le 17 octobre 2018, ce qui suit :

"1. Quelles sont explicitement les limitations fonctionnelles en lien avec le diagnostic psychiatrique incapacitant retenu ?

Ce point a déjà été discuté dans l'expertise psychiatrique en page[s] 8 et 9, en ce qui concerne l'analyse des limitations fonctionnelles selon le mini CIF-APP. Rappelons que ces limitations fonctionnelles comprennent avant tout un manque de flexibilité et de capacités d'adaptation, une baisse modérée de l'endurance, les autres items évalués selon cet outil n'ayant pas de fort impact dans un emploi simple d'exécutante.

2. Selon quel motif médical une baisse de rendement de 30% dans l'activité habituelle peut être mise en lien avec les limitations fonctionnelles retenues ?

Les limitations fonctionnelles découlent de la symptomatologie thymique que nous avons retenue, en lien avec le trouble de la personnalité. Nous avons aussi tenu compte du manque de flexibilité et de capacités adaptatives, et de l'impact des douleurs, la conjonction de ces facteurs diminuant, au moment de notre expertise, le rendement de 30%.

3. Quelle est la capacité de travail dans une activité pleinement adaptée aux limitations fonctionnelles ?

En ce qui concerne la capacité de travail dans une activité pleinement adaptée aux limitations fonctionnelles, à l'heure où nous avons évalué l'assurée, nous considérons que dans toute activité, même simple, ces limitations occasionnaient une baisse de rendement de 30%.

Vous nous demandez ensuite de nous prononcer sur le courriel du Dr Q. _____ du 17 juillet 2018.

En premier point soulevé par notre Confrère, nous ne pouvons formellement nous prononcer sur la péjoration du tableau dépressif, vu que nous avons rencontré l'assurée au mois de mai 2018 et que cette observation a été transmise deux mois après notre expertise. Il est vrai qu'un tableau dépressif peut évoluer au cours du temps. Tout ce que nous pouvons répondre est que lorsque nous avons rencontré l'expertisée, les examens psychométriques utilisés mettaient en évidence une symptomatologie dépressive d'intensité légère. Nous relevions également à cette époque la présence d'idées noires et suicidaires, que nous avons rattachées au trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline.

Au point deux soulevé par le Dr Q. _____, nous avons également relevé, comme notre Confrère, les difficultés de l'assurée durant l'enfance, le faible niveau scolaire et les difficultés de construction psychique. Mon Confrère postule une structure psychotique de la personnalité. A ce sujet, nous pouvons rappeler qu'un examen psychologique figurait dans le dossier mis à notre disposition. Cet examen concluait dans le sens d'un état-limite inférieur, posant également l'hypothèse d'un fonctionnement pré-psychotique. Selon ces tests, une structure psychotique franche ne pouvait donc clairement être démontrée. Par ailleurs, nous avons tenu compte de cette « proximité » avec la structure psychotique, vu qu'en page 7 du rapport psychiatrique nous relevions : « l'architecture du psychisme de l'assurée est à la fois caractérisée par la fermeture et

la méfiance et des éléments abandonniques et immatures, qui se traduisent dans les relations affectives. Les épisodes quasi psychotiques (« femme blanche qui vient lui prendre la main » ou les épisodes de dépersonnalisation) entrent dans le cadre de la décompensation de cette structure de personnalité, sans que l'assurée n'ait développé des symptômes psychotiques florides persistants, comme ce serait le cas d'un trouble schizophrénique ». Notre analyse est donc proche des éléments relevés par le Dr Q._____, et nous n'avons donc pas de raison de nous écarter de notre évaluation.

En ce qui concerne le troisième point soulevé par le Dr Q._____, à savoir que l'expertisée aurait évoqué à plusieurs reprises des difficultés dans les relations interpersonnelles, ceci non seulement au sein de la famille mais aussi dans le travail, l'anamnèse donnée par l'expertisée en mai 2018 était discordante. Nous avons clairement interrogé l'expertisée sur les postes de travail occupés. A aucun moment, l'expertisée ne nous a fait part de graves conflits. De plus, nous avons tenu compte des discordances entre les éléments donnés par notre Confrère Q._____ et les rapports d'évaluation des mesures de février et mars 2016 lesquelles, pour rappel, décrivaient une assurée qui établissait des relations respectueuses, qui communiquait aisément et qui entretenait de bonnes relations avec ses collègues. Nous n'avons donc, sur ce point, pas de raison évidente de nous écarter de notre prise de position."

Le 19 décembre 2018, l'expert psychiatre a répondu en ces termes à une seconde interpellation de l'OAI :

"1. Les douleurs oculaires n'ayant pas été objectivées et les facteurs psychosociaux et éducatifs n'étant pas pertinents, nous comprenons que les limitations fonctionnelles découlent d'une symptomatologie dépressive qui n'atteint pas une intensité nécessitant un diagnostic relevant d'un trouble thymique spécifique mais qui est liée à une labilité d'humeur faisant partie du trouble de la personnalité retenu. Or ce trouble de la personnalité n'a pas été retenu comme incapacitant auparavant et est décrit à la fois comme n'ayant jamais créé d'incapacité dans l'activité antérieure mais aussi de manière floue comme n'étant pas « sévèrement incapacitant ». Précisément, ce trouble de la personnalité avec symptomatologie qui en découle est-il incapacitant ou non incapacitant dans l'activité exercée ?

Nous avons toujours considéré que ce trouble de la personnalité, tant dans l'expertise du 24.05.2018 que dans le complément du 17.10.2018 génère des manifestations cliniques, sous la forme d'une labilité d'humeur, d'une baisse de la flexibilité et des capacités adaptatives, avec un impact possible sur les relations interpersonnelles, même si ce paramètre a été relativisé au vu des observations qui figuraient dans le dossier de réadaptation mis à notre disposition. Lors de la réalisation du mini-CIF-APP, nous avons intégré l'entier des

pathologies de l'assurée, dont le trouble de la personnalité, afin de retenir l'estimation finale d'une baisse de rendement de 30%. Donc pour répondre à cette question, on peut estimer qu'il est incapacitant, dans le sens d'une baisse de rendement, qui était de 30% au moment où nous avons rencontré l'assurée.

2. *Si le trouble de la personnalité retenu est désormais considéré comme incapacitant (à l'origine d'une baisse de rendement ou d'une diminution de la capacité de travail), depuis quand l'est-il (date aussi précise que possible) ? Et selon quelle aggravation de l'état de santé reposant sur des éléments médicaux objectifs ?*

Il nous est impossible de formuler une évaluation chronologique précise de la capacité de travail sur une durée de 4 ans, voire plus, avant la réalisation de la présente expertise. Nous avons en outre expliqué dans notre précédent complément d'expertise les raisons pour lesquelles nous nous écartons de certaines constatations des thérapeutes de l'assurée. Le trouble de la personnalité, en ce qui concerne l'humeur, est par définition fluctuant et réactif au contexte (notamment aux rebondissements liés au traitement de son dossier asséculo-logique). Nous avons donc constaté, au moment de notre expertise, une psychopathologie qui abaissait le rendement de 30 %, et nous n'avons pas d'élément objectif nous permettant de valider une autre appréciation, que ce soit pour la période antérieure ou postérieure à notre expertise.

3. *Si le trouble de la personnalité n'est pas considéré comme incapacitant, de quelle autre atteinte médicale objectivée découlent les limitations fonctionnelles et la diminution de rendement ? depuis quand ?*

Il découle des points précédents que le trouble de la personnalité doit être considéré dans les limitations fonctionnelles et la baisse de rendement de l'expertisée, conjugué aux douleurs. Cette question tombe."

Après avoir requis le point de vue de son médecin-conseil sur ce dernier complément d'expertise (avis du 7 février 2019 du Dr N._____, du SMR), l'OAI a, par décision du 30 avril 2019, nié le droit à la rente en faveur de l'assurée en reprenant la motivation du projet du 20 mars 2017. Dans un courrier d'accompagnement faisant partie intégrante de sa décision, il a précisé que son projet de décision reposait sur une instruction complète et était conforme en tous points aux dispositions légales.

C. Par acte déposé le 3 juin 2019, M._____, représentée par Procap Service juridique, a déféré la décision précitée devant la Cour des

assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant implicitement à son annulation et à l'octroi en sa faveur des prestations de l'assurance-invalidité ainsi que subsidiairement, à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants. Plus subsidiairement, elle conclut à l'annulation de la décision et « constater la diminution de rendement de 30 % dans toute activité professionnelle ». Invoquant la prise de position du Dr Q. _____ du 17 juillet 2018, elle plaide ne pas disposer de ressources suffisantes pour mettre en valeur une quelconque capacité de travail sur le marché de l'emploi. A titre subsidiaire, elle fait valoir que les conclusions du rapport d'expertise médicale de la CRR de mai 2018 doivent être retenues en lien avec la diminution de rendement de 30 % mentionnée afin de lui permettre de bénéficier de mesures professionnelles, même si la décision attaquée ne porte pas directement sur cet objet.

Dans sa réponse du 13 août 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision. En regard de l'ambivalence, voire de l'incohérence, du caractère incapacitant du trouble de la personnalité retenu et de l'impossibilité des experts à démontrer une aggravation depuis 2012 au moins, il convient, selon lui, de conclure à l'absence d'une nouvelle atteinte incapacitante à la santé. Il observe que les médecins-conseils du SMR ont tenu compte des avis successifs du Dr Q. _____ dans leur évaluation de la situation.

Par réplique du 6 septembre 2019, la recourante confirme ses précédentes conclusions. Produisant une lettre du 11 juillet 2019 de l'OAI relative à un refus de mesures professionnelles, elle déplore l'absence de décision formelle sur son droit à de telles mesures. Elle soutient que le litige porte tant sur le droit à la rente que sur celui à des mesures professionnelles de l'assurance-invalidité.

Dans sa duplique du 26 septembre 2019, l'OAI maintient sa position. En l'absence de nouvelle atteinte incapacitante permettant de

modifier l'appréciation de l'état de santé depuis 2012 au moins, il estime que le droit de la recourante à des mesures professionnelles doit être nié.

Le 27 septembre 2019, la recourante a produit les pièces suivantes :

- un rapport du 3 septembre 2019 de la Dre I. _____ dont il ressort ce qui suit :

- “• Syndrome de Schwar[t]z avec absence de fonction visuelle de l'œil gauche chez une personne avec des antécédents d'opération pour strabisme à l'âge de 4 ans et de décollement rétinien totale en 2010.
- Céphalées chroniques, en prédominance à gauche, probable association avec des douleurs oculogènes.
- Brachialgies chroniques à gauche.
- Intolérance au gluten.
- Etat dépressif - voir rapport du psychiatre Dr Q. _____, CHUV.

Madame M. _____ travaille physiquement comme femme de nettoyage. Ses douleurs de brachialgies (les céphalées sont toujours présentes) augmentent en effectuant ce travail physique et la force d'arrêter son activité après 3-4 heures en raison des fortes brachialgies.

Sa capacité de travail est par conséquent actuellement environ 40%, à augmenter éventuellement à 50%. Le pronostic reste réservé pour une augmentation > 50% car il s'agit d'un trouble chronique avec limitations thérapeutiques” ;

- une attestation du 11 septembre 2019 du Dr Q. _____ libellée en ces termes :

“J'atteste par la présente que Mme M. _____ née le [...] et domiciliée à [...], présente actuellement un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent. L'aggravation de son état psychique est caractérisée aussi par une certaine anhédonie, une importante chute pondérale d'environ 12 kg dans les 8 derniers mois, une perte de sommeil, une augmentation de la rumination mentale. Je constate aussi l'apparition d'une idéation suicidaire par moments scénarisée (se jeter sous un train). A noter aussi que les difficultés d'ordre psychosocial sont devenues extrêmes depuis janvier 2019. Une hospitalisation volontaire en milieu psychiatrique a été proposée par moi-même mais la patiente préfère continuer en ambulatoire. Mme M. _____ s'engage à ne pas passer à l'acte.

La patiente présente une incapacité de travail totale (100%). Un rapport médical détaillé sera adressé à l'assurance-invalidité par mes soins.”

Le 21 octobre 2019, l'OAI a produit un avis du 16 octobre précédent du Dr N._____ du SMR, auquel il se rallie et qui prend position comme suit sur les pièces versées en cause par la recourante :

"Faits-nouveaux : Un RM du Dr I._____ du 03.09.19, rapporte des plaintes déjà connues au moment de la précédente décision.

Un RM du Dr Q._____, du 11.09.19, rapporte une symptomatologie psychique déjà connue et examinée, ne nécessitant pas d'hospitalisation d'office selon son évaluation.

Discussion : Comme relevé dans notre précédent Avis médical SMR, les facteurs psychosociaux ne sont pas pertinents, et nous n'avons pas d'éléments cliniques permettant de retenir une atteinte qui n'ait pas déjà fait l'objet d'une évaluation. Les CT émises par ces médecins peuvent être considérées comme des appréciations différentes d'une même situation. L'éventualité d'une aggravation actuelle de l'état psychique pourrait être réévaluée dans le cadre d'une nouvelle demande."

L'OAI a également joint la copie de son courrier du 8 octobre 2019 précisant au conseil de l'intéressée que sa décision d'avril 2019 vaut refus de toutes prestations, et qu'une nouvelle décision sur le droit à des mesures professionnelles ne se justifie donc pas.

Le 6 février 2020, la recourante a produit un rapport médical du Dr Q._____ du 12 décembre 2019. Ce médecin y réaffirme que celle-ci présente une totale incapacité de travail en toute activité compte tenu d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique (F 33.2).

Le 24 février 2020, se référant à l'avis SMR du 16 octobre 2019 l'OAI a indiqué qu'une éventuelle aggravation de l'état psychique de la recourante pourrait être examinée dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations.

D. Par décision du 2 juillet 2019, M._____ a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 3 juin 2019. Elle est exonérée du paiement d'avances et des frais judiciaires ainsi que de toute franchise mensuelle.

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 [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. La contestation porte en l'espèce sur le droit de la recourante à des prestations (rente et mesures professionnelles) de l'assurance-invalidité, singulièrement sur l'appréciation du degré d'invalidité propre à fonder ces prestations. Ce litige s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations, déposée le 18 juin 2014.

En l'occurrence, l'intimé est entré en matière sur la deuxième demande de prestations déposée par la recourante. Il convient dès lors d'examiner si son état de santé s'est modifié depuis la décision de refus du 30 janvier 2013, entrée en force après avoir été confirmée par arrêt du 21 mai 2014 de la Cour de céans (CASSO AI 60/13 - 112/2014), dans une mesure propre à justifier désormais l'octroi de prestations d'assurance.

3. a) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des

différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital).

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). Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité 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]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande comme en l'espèce, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 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, si nécessaire, 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. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de

la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, 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.

c) 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). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

d) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA.

Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

e) 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 un élément important 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).

f) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), 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, il est déterminant 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 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 ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

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

4. a) Dans son arrêt du 21 mai 2014 (CASSO AI 60/13 - 112/2014), la Cour de céans n'a pas retenu d'incapacité de travail durable sur le plan somatique. Ses constatations étaient les suivantes :

"2.4 Eu égard aux atteintes à la santé somatiques énoncées dans le cas de la recourante, force est de constater qu'aucun des médecins consultés par l'assurée n'a préconisé d'arrêt de travail durable dans ce contexte.

En particulier, l'aspect ophtalmique n'a impliqué qu'une incapacité de travail de courte durée, soit du 3 au 18 juin 2010, des suites de l'opération réalisée par l'Hôpital ophtalmique [...] en date du 3 juin 2010. A cet égard, les divers rapports de cet hôpital - dont celui du 27 mars 2013 - se bornent à mentionner des restrictions pour les activités requérant une vision stéréoscopique, ainsi qu'en termes de rendement, sans toutefois prononcer quelconque arrêt de travail, ce qui rejoint d'ailleurs l'appréciation des médecins du SMR.

Il convient en outre de souligner que la problématique oculaire dont se prévaut la recourante remonte à l'enfance, sans avoir constitué une entrave à l'exercice d'une activité lucrative par le passé et sans qu'une aggravation de sa situation ophtalmique ait sérieusement été objectivée jusqu'à la date de la décision querellée. La recourante a en effet été parfaitement en mesure d'exercer des activités de femme de chambre et de lingère dès son arrivée en Suisse et du reste de reprendre une activité similaire dès le 15 juin 2012, à savoir une activité de repasseuse à 50% selon le contrat de travail conclu à cette même date avec H. _____ SA, lequel a été produit au stade de la présente procédure.

Dès lors, il apparaît manifestement que la situation médicale du ressort ophtalmique n'a pas connu une évolution susceptible de justifier une restriction de la capacité de travail de l'assurée. L'on ne voit d'ailleurs aucune raison médicale qui imposerait le maintien d'un taux d'activité restreint à 50% dans l'activité lucrative habituelle, telle que celle de repasseuse reprise à temps partiel depuis juin 2012.

2.5 Relativement aux nuchalgies, dorsalgies et cervicalgies alléguées par la recourante, au demeurant peu étayées en l'absence de toute incapacité de travail médicalement attestée dans ce contexte, l'on ne saurait faire grief à l'intimé de n'avoir pas investigué spécifiquement ces aspects, étant donné que l'assurée ne s'en est prévalu que par devant la Cour de céans et que les rapports établis notamment par le Dr G. _____ n'en font pas état ou seulement dans une mesure sans incidence en termes de capacité de travail.

L'on rappellera sur cette question que le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été prise, les faits survenus postérieurement et qui ont modifié la situation devant faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. ATF 131 V

242 consid. 1 p. 243 ; TF 9C_1078/2009 du 12 juillet 2010 consid. 2.1).”

L’expertise pluridisciplinaire (de médecine interne générale, neuropsychologique, ophtalmique ainsi que psychiatrique et psychologique) confiée à la CRR par l’OAI dans le courant 2018 n’a pas retenu d’élément pertinent susceptible d’étayer une détérioration notable de l’état de santé physique de la recourante. Ainsi, au moment d’apprécier la situation, sur le plan somatique, les experts ont émis les considérations suivantes (rapport d’expertise du 24 mai 2018 p. 10) :

“Notre expertise a comporté en premier lieu un volet ophtalmique, qui a retracé les antécédents complexes de l’assurée.

Ceux-ci sont composés par une intervention sur strabisme, à l’âge de quatre ans et, dès le plus jeune âge, par une amblyopie de l’œil gauche, non traitée à l’époque, un astigmatisme hypermétropique et un décollement total de la rétine de l’œil amblyopique à gauche, avec intervention non suivie de succès, puis l’apparition de douleurs oculaire chroniques, résistant à tous les traitements, y compris l’alcoolisation à deux reprises du nerf optique à gauche.

L’apparition d’un syndrome inflammatoire chronique du vitré, considéré comme un syndrome de Schwartz, justifie l’utilisation périodique d’un traitement cortisonique en plus des collyres mouillants.

Cécité complète de l’œil gauche, amblyope depuis le plus jeune âge, modifie peu le status de cet assuré[e] sur le plan visuel.

L’absence de vision binoculaire est ancienne et l’assurée s’y est habituée. Elle ne constitue pas un handicap dans les activités professionnelles antérieures. Les douleurs participant aux plaintes peuvent correspondre, épisodiquement, à une poussée inflammatoire, mais elles n’étaient pas signalées lors de l’expertise ophtalmique.

Il n’est donc pas retenu dans ce domaine de diagnostic incapacitant.

L’examen neurologique n’apporte pas d’information supplémentaire ; en particulier il ne retrouve pas d’explication aux plaintes douloureuses chroniques.

L’examen est entièrement normal en dehors de l’atteinte ophtalmique.”

De son côté, le rapport du 3 septembre 2019 de la Dre I. _____, ne comporte aucun élément nouveau. Il paraît procéder d’une appréciation divergente d’un état de fait clairement posé sur le plan

médical, et ne constitue donc sur ce point qu'une appréciation distincte d'un même état de fait sur le plan médical que celui observé lors du séjour de l'assurée du 30 avril au 2 mai 2018 à la CRR, voire même déjà en janvier 2013 à l'issue de l'instruction de la demande initiale. Or une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante sous l'angle d'une révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 372 consid. 3b, 390 consid. 1b).

Dans ces conditions c'est à juste titre que l'OAI a retenu, aux termes de la décision attaquée, que la situation n'avait pas connu d'évolution significative sous l'angle somatique depuis son précédent refus de prestations.

b) Dans son arrêt du 21 mai 2014 (CASSO AI 60/13 - 112/2014), la Cour de céans n'a pas retenu d'incapacité de travail durable sur le plan psychiatrique. Ses constatations étaient les suivantes :

“Du point de vue psychiatrique, l'intimé s'est fondé essentiellement sur le rapport d'expertise du Dr L._____, établi le 5 décembre 2012, pour légitimer la décision entreprise, non sans s'être au préalable procuré le consilium du 28 mars 2012 émanant de la Policlinique psychiatrique de [...].

L'on constate, à l'instar de la recourante, que les spécialistes divergent quant aux diagnostics retenus *in casu*, puisque les Dresses W._____ et F._____ ont envisagé un « trouble de la personnalité, type paranoïaque » ou un « trouble délirant, type somatique », mentionnant ces atteintes comme alternativement probables, alors que le Dr L._____ ne fait état d'aucune pathologie psychique substantielle, à l'exception d'un « épisode dépressif léger ».

Cela étant, tant ce dernier que les psychiatres de la Policlinique psychiatrique de [...] ne préconisent aucune incapacité de travail de ce registre, les Dresses W._____ et F._____ ayant au demeurant expressément souligné l'atténuation des symptômes allégués par l'assurée suite à sa participation à quatre entretiens spécialisés. L'on relèvera par ailleurs que cette dernière n'a de son propre chef pas souhaité poursuivre une prise en charge psychiatrique au terme de ces quatre consultations et qu'elle n'avance du reste pas devoir recourir à un tel soutien dans ses écritures à l'attention de la Cour de céans.

S'agissant spécifiquement de la teneur du rapport du Dr L._____, il apparaît que ce document a été établi en toute connaissance de cause, ce spécialiste s'étant entretenu avec l'assurée et ayant

disposé de l'ensemble des pièces de son dossier, y inclus le consilium psychiatrique du 28 mars 2012. A l'issue d'une anamnèse complète et sur la base des plaintes de l'assurée, le spécialiste mandaté par l'intimé a dûment discuté les diagnostics évoqués par ses consœurs après avoir exposé par le détail de ses propres observations cliniques, parvenant sur ces bases à des conclusions parfaitement cohérentes et convaincantes. Dès lors, contrairement à ce que soutient la recourante, l'on se doit de considérer que l'expertise du Dr L._____ remplit les réquisits jurisprudentiels rappelés *supra* pour se voir reconnaître pleine valeur probante.

L'assurée n'a au demeurant produit aucune pièce médicale au stade de la présente procédure qui serait de nature à remettre en question les conclusions du Dr L._____ ou laisserait suspecter des problématiques psychiques non investiguées. L'on ne peut du reste que réitérer le constat de l'absence de tout suivi psychiatrique sollicité par la recourante et relever que les rapports subséquents des Drs G._____ et O._____, dont la psychiatrie n'est cependant pas la spécialité, ne relatent aucune incapacité de travail du point de vue psychique."

c) Afin de conférer pleine valeur probante au rapport d'expertise du 24 mai 2018 de la CRR, il convient de s'assurer que l'expert R._____ a dégagé une appréciation concluante de la capacité de travail de la recourante à la lumière des indicateurs déterminants posés par la jurisprudence.

aa) En premier lieu, on observe que les diagnostics ont été établis *lege artis* par l'expert, en référence à la codification internationale, soit la classification internationale des maladies, 10^{ème} révision (CIM-10). Ainsi, l'expert, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, de la CRR, a posé les diagnostics de trouble de la personnalité émotionnellement labile (F60.3), de fonctionnement intellectuel limite, possible retard mental léger (F79.0) et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0).

bb) Quant au volet du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, l'expert R._____ a examiné les éléments pertinents qui l'ont conduit à poser les diagnostics précités. Notant de nettes difficultés d'apprentissage, avec la notion de trois redoublements, favorisées par un manque de structuration psychique, sur un fond de graves difficultés familiales, il constate un trouble de la personnalité émotionnellement labile au premier plan par rapport à la composante

dépressive ; l'humeur est décrite comme oscillant entre des périodes de tristesse, alors que d'autres jours de la semaine, l'expertisée décrit une humeur neutre. Il en va de même du niveau d'énergie, décrit comme fluctuant. Avec un score de 18/60 sur l'échelle psychométrique de dépression MADRS, la composante thymique dépressive est de degré léger et inclue dans les manifestations thymiques du trouble de la personnalité. Dans ce contexte, l'expert précise que « l'estimation des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail dépendra avant tout de l'intrication entre le trouble de la personnalité et les faibles ressources intellectuelles de l'assurée ». Suivant le canevas du mini-CIF-APP, il a été relevé que bien que l'expertisée souffrait d'un trouble de la personnalité, elle décrit plusieurs années au cours desquelles, sur le plan professionnel, elle semble être parvenue à respecter les consignes, à s'intégrer dans une équipe, à accepter de recevoir des ordres et à s'adapter à des règles et routines. Pour l'expert, la capacité de travail de l'intéressée n'est pas significativement diminuée. Sur la base du bilan neuropsychologique réalisé, il n'est pas mis en évidence de graves troubles cognitifs perturbant de façon majeure la capacité à planifier et structurer les tâches, d'autant plus si celles-ci sont simples et nécessitent peu de ressources intellectuelles. La flexibilité et les capacités d'adaptation sont par contre réduites, chez une assurée peu outillée sur le plan émotionnel et intellectuel. Dépourvue de compétences spécifiques, dans des emplois simples d'exécutante, elle est néanmoins parvenue à répondre à son cahier des charges et à donner satisfaction. Si le trouble de la personnalité peut occasionner des distorsions cognitives, l'expert est d'avis que, dans des raisonnements simples et concrets, l'expertisée ne souffre pas de troubles de la pensée suffisamment graves pour ne pas pouvoir répondre aux exigences professionnelles. L'endurance est moyennement abaissée (troubles du sommeil en conjonction avec la symptomatologie algique). En outre, en l'absence de grave décompensation dépressive, les capacités d'affirmation sont préservées. L'expert a également décrit un traitement antidépresseur bien investi et qui permet de « garder la symptomatologie dans le degré léger », avec la précision qu'une augmentation du dosage de l'antidépresseur pourrait être proposée pour abaisser le score au MADRS. Quant au contexte social, l'expert a mis en évidence peu

d'arguments démontrant que l'assurée présente une grave difficulté à s'inscrire dans une hiérarchie et à établir des relations interpersonnelles ; les rapports d'évaluation des mesures de réadaptation professionnelle au dossier décrivent une assurée qui établit des relations respectueuses, qui communique aisément et qui entretient de bonnes relations avec ses collègues. L'accent est surtout mis sur ses douleurs, et la baisse d'humeur consécutive qui a eu lieu après son opération. Les relations interpersonnelles ne constituent pas un grave problème, l'intéressée disposant de ressources dans ce registre. Dans le même sens, les capacités d'évoluer au sein d'un groupe sont possibles, l'expertisée pouvant interagir de façon différenciée avec son entourage. Sur le plan social, elle conserve quelques contacts amicaux et les activités spontanées demeurent possibles, mais peu développées.

cc) Concernant le critère de la cohérence, particulièrement pertinent dans les cas de troubles psychiques afin de parvenir à une appréciation globale des limitations fonctionnelles, l'expert a indiqué que si un modèle biomédical ne pouvait rendre compte de la nature et de l'ampleur des douleurs on se trouverait dans le cadre d'une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. L'assurée ayant acquis avec le temps la conviction que ce qui lui arrivait échappait à toute maîtrise personnelle, il est observé une expression extériorisée et projective à l'évocation de son atteinte ophtalmique. Ces affects de colère, avec une déception concernant les soins reçus, étaient fréquemment observés dans les dynamiques d'amplification de symptômes alors que les troubles somatoformes s'exprimaient en général de manière plus intériorisée. L'expert a estimé que ces comportements dysfonctionnels par rapport à l'expression des plaintes physiques ne constituaient pas une maladie psychiatrique à caractère incapacitant.

dd) Sur la base de ses propres constatations et de l'examen neuropsychologique réalisé au cours du séjour de l'assurée à la CRR, l'expert psychiatre a retenu un trouble de la personnalité conjugué à de faibles ressources intellectuelles. La pondération des plaintes par un examen clinique, l'analyse des ressources, des limitations et des facteurs sociaux ont amené l'expert à retenir une pleine capacité de travail avec

une baisse de rendement de 30 % en toute activité. Il a indiqué en ce sens qu'« il n'y a pas d'obstacle à l'heure actuelle pour que l'expertisée puisse regagner le circuit professionnel. Il est par contre peu probable qu'elle puisse le faire par elle-même, sans passer par la mise en place de nouvelles mesures de réinsertion, ce point ayant été également discuté et approuvé par son psychiatre traitant ».

Dans le cadre de son analyse, l'expert R. _____ a expliqué les motifs pour lesquels il s'écartait des constatations du Dr L. _____, à savoir que les difficultés d'apprentissage ont été favorisées par un manque de structuration psychique avec comme toile de fond, de graves difficultés familiales. Il a précisé à cet égard que l'investigation de signes psychopathologiques précoces faisait défaut dans l'expertise de 2012.

L'expert psychiatre a clairement expliqué que le trouble de la personnalité est au premier plan par rapport à la composante dépressive. Si ce diagnostic n'est pas sévèrement incapacitant, il l'est tout de même mais seulement à raison de 30 %. La différence entre 2012 et 2018 réside dans l'approche de l'évaluation d'un trouble psychique en lien avec les ressources et les limitations de l'assurée, méthode qui n'était pas appliquée à l'époque. Dès lors que l'assurée a bien fonctionné dans le cadre de sa réinsertion professionnelle, le Dr R. _____ retient qu'elle dispose de ressources. Il faut toutefois, à dire d'expert, que celle-ci occupe des emplois simples d'exécutante. A la suite de l'analyse de l'équilibre entre les ressources et les limitations fonctionnelles en suivant le canevas du mini-CIF-APP - dont il ressort que bien que l'expertisée souffre d'un trouble de la personnalité, elle décrit plusieurs années au cours desquelles, sur le plan professionnel, elle semble être parvenue à respecter les consignes, à s'intégrer dans une équipe, à accepter de recevoir des ordres et à s'adapter à des règles et routines -, l'expert retient un manque de flexibilité et de capacité d'adaptation ainsi qu'une baisse de l'endurance (présence de troubles du sommeil en conjonction avec la symptomatologie algique), ce qui explique la diminution de rendement de 30 % retenue. Il est spécifié que les « autres items évalués

selon cet outil n'ont pas de fort impact dans un emploi simple d'exécutante ».

Les difficultés relationnelles sur le plan professionnel ne sont pas retrouvées dans le dossier. Aux termes de leurs rapports des 3 décembre 2015, 26 février et 23 juin 2016, les responsables du [...] à [...] ont en effet décrit une assurée très investie et intéressée par son travail, communiquant aisément, et entretenant de bons contacts tant avec ses collègues qu'avec ses responsables à qui elle transmettait les informations. Elle assumait sa réinsertion professionnelle consciencieusement en atelier malgré des douleurs à l'œil.

S'agissant de la prise de position du Dr Q. _____ du 17 juillet 2018, l'expert R. _____ s'est exprimé à ce sujet dans son complément du 17 octobre 2018. Il relève que les examens psychométriques de mai 2018 ont mis en évidence une symptomatologie dépressive d'intensité légère. Des idées noires et suicidaires relevées ont été rattachées au trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline. Il dit également noter, comme son confrère, les difficultés de l'assurée durant l'enfance, le faible niveau scolaire et les difficultés de construction psychique. Se référant à un examen psychologique au dossier qui concluait à un état-limite inférieur posant également l'hypothèse d'un fonctionnement pré-psychotique, l'expert indique avoir pris en compte la proximité de cette structure psychotique en page 7 de son rapport d'expertise. Il constate que son analyse est proche des éléments relevés par le Dr Q. _____ sans qu'il n'existe pour autant de motif de s'écarter de sa propre analyse. L'expert expose que l'anamnèse donnée en mai 2018 était discordante avec les difficultés dans les relations interpersonnelles non seulement au sein de la famille mais aussi dans le travail rapportées par le Dr Q. _____ ; interrogée sur les postes de travail occupés, à aucun moment, l'expertisée n'avait fait part de graves conflits. L'expert psychiatre indique en outre avoir tenu compte des désaccords entre les éléments fournis par le Dr Q. _____ et les rapports d'évaluation des mesures de février et juin 2016 décrivant, pour leur part, une assurée qui établissait des relations respectueuses, communiquait aisément avec ses responsables et

entretenait de bons contacts avec ses collègues. Dans ces conditions, l'expert R._____ n'avait aucun motif justifiant de se distancier de sa propre évaluation de la situation.

d) On ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter des conclusions circonstanciées des experts de la CRR, dont le rapport du 24 mai 2018 remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante (cf. consid. 3f supra). Ce rapport est en effet le fruit d'une analyse approfondie du cas, en ce qu'il fait état des plaintes exprimées par la recourante, comporte une anamnèse détaillée et décrit le contexte déterminant. Reposant sur des investigations complètes, ce rapport contient une appréciation claire de la situation par des spécialistes dans leur domaine et aboutit à des conclusions médicales minutieusement motivées et exemptes de contradictions. Celles-ci peuvent donc être suivies.

Ainsi, il y a lieu de retenir que la recourante dispose d'une capacité de travail entière, moyennant une diminution de rendement de 30 %, en toute activité.

En l'absence d'invalidité mise en évidence au terme de l'instruction de la nouvelle demande, l'OAI est légitimé à refuser l'octroi de mesures professionnelles à la recourante conformément à ses lignes du 8 octobre 2019, cette dernière demeurant apte à travailler en plein, avec une baisse de rendement de 30 %, dans l'activité habituelle de femme de chambre et de lingère comme dans toute autre activité.

Cela étant constaté, il n'y a pas lieu de déterminer de manière plus détaillée le revenu avec et sans invalidité, dès lors que la prise en considération d'une diminution de rendement de 30 % ne serait en tout état de cause pas susceptible de permettre l'ouverture d'un droit à la rente, étant précisé qu'en ce qui concerne le taux d'abattement sur le salaire statistique, la jurisprudence considère que lorsqu'un assuré est capable de travailler à plein temps mais avec une diminution de rendement, celle-ci est prise en considération dans la fixation de la

capacité de travail. Il n'y a pas lieu, en sus, d'effectuer un abatement à ce titre (TF 9C_677/2012 du 3 juillet 2013 consid. 2.2 ; 8C_93/2013 du 16 avril 2013 consid. 5.4 et les références). Force est donc de constater qu'en l'absence d'évolution notable de l'état de santé de la recourante, les conditions d'une révision ne sont pas remplies. C'est par conséquent à juste titre que l'OAI a rejeté la deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité de l'intéressée.

e) Pour le surplus, la recourante paraît déplorer l'absence de reclassement professionnel en sa faveur.

Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3 et la référence).

L'argumentation de l'assurée ne convainc pas. Le but d'une mesure de réadaptation consiste effectivement à prévenir, éliminer ou réduire l'influence d'une atteinte à la santé sur la capacité de gain de la personne assurée (art. 1a let. a LAI). Or, il ressort des constatations des experts que la recourante est médicalement apte à exercer, à plein temps avec diminution de rendement de 30 %, n'importe quelle activité dont en particulier celle habituelle de femme de chambre et de lingère adaptée aux limitations fonctionnelles, de sorte que l'intéressée ne remplit pas les conditions du droit à une mesure de reclassement dans une autre profession (TF 9C_413/2008 du 14 novembre 2008 consid. 2.2). En outre, la rééducation dans la même profession, que la loi assimile au reclassement (art. 17 al. 2 LAI), comprend un ensemble de mesures de réadaptation de nature professionnelle, nécessaires et adéquates pour

procurer à la personne assurée – dans l’activité qui est déjà la sienne – une possibilité de gain équivalant à peu près à celle dont elle disposerait si elle n’était pas invalide (ATF 99 V 34 consid. 2). La jurisprudence a par exemple considéré comme adéquate au titre de cette rééducation, chez un dessinateur en chauffage qui n’avait plus exercé cette activité depuis des années, une remise à niveau des connaissances accompagnée d’une formation destinée à maîtriser les outils informatiques et qui devait lui permettre d’offrir à nouveau ses services sur le marché de l’emploi sans subir de perte de gain (TFA I 702/00 du 30 avril 2001 consid. 2b). En Suisse (cf. extrait du Compte Individuel [CI] AVS du 17 novembre 2011 [pièce 25]), l’assurée est au bénéfice d’une longue expérience dans le domaine du ménage et du nettoyage, avec pour corollaire que l’exercice de son activité habituelle à temps plein avec diminution de rendement de 30 % reste possible sans nécessiter une rééducation dans cette même profession pour lui procurer une possibilité de gain équivalant à peu près à celle dont elle disposerait si elle n’était pas invalide. On relèvera pour être complet que la diminution de rendement invoquée par les experts concerne la totalité des emplois envisageables. Si l’on considère que les limitations fonctionnelles engendrent un ralentissement de la productivité quelle que soit l’activité envisagée, le reclassement requis dans une autre profession ne comblera jamais la différence entre la productivité de la recourante et celle d’une personne saine exerçant le même métier. Il existe assurément des activités mieux rémunérées que celle de femme de ménage qui permettraient de corriger du moins comptablement la diminution de rendement retenue mais un reclassement dans une telle profession ne tendrait alors plus à éliminer ou minimiser l’impact de la situation médicale sur la situation économique de l’assurée et ne relèverait pas de l’assurance-invalidité. Le recours au service de réadaptation de l’office intimé ou à tout autre organisme spécialisé apparaît dès lors inutile.

5. a) Mal fondé le recours doit dès lors être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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'assurance-invalidité 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. (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (cf. art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que cette dernière a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée à l'exonération des frais judiciaires, ces frais sont provisoirement à la charge de l'Etat.

c) N'obtenant pas gain de cause, la recourante, bien qu'assistée d'un mandataire qualifié, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

d) La recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais judiciaires dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] ; art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RA) [règlement sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010 ; BLV 211.02.3]).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 30 avril 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Il n'est pas alloué de dépens.

- IV.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

- V.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Procap Suisse Service juridique (pour M. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :