

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 18 mars 2019

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente  
M. Peter et M. Oppikofer, juges  
Greffière : Mme Neyroud

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**L.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Paul-Arthur Treyvaud,  
avocat à Yverdon-les-Bains,

et

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

---

**Art. 6 ss LPGA ; 4 et 28 LAI ; 87 RAI**

**E n f a i t :**

**A. a)** L.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante bosniaque, née en [...], en Suisse depuis 1988, sans formation professionnelle certifiée, a travaillé en qualité d'ouvrière de production chez [...] SA du 12 juin 1990 au 30 septembre 2002. Le 26 septembre 2002, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, au motif qu'elle souffrait au niveau du dos, du bras droit et au côté droit en général.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a notamment mis en œuvre un examen clinique bidisciplinaire auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR). Dans leur rapport du 15 juillet 2004 suivant, les Drs [...], spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, et [...], psychiatre, ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombosciatalgies chroniques persistantes à droite (M51.1), avec notion de hernie discale L4-L5 à droite, ainsi que de périarthrite scapulo humérale chronique à droite et ont listé les limitations fonctionnelles de l'assurée à cet égard. Ces médecins n'ont en revanche pas retenu de troubles psychiques incapacitants. Au final, une capacité de travail de 20 % dans l'activité habituelle et pleine dans une activité adaptée a été retenue.

Par décision du 9 août 2005, l'OAI a dénié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité. Malgré la présence d'une atteinte somatique, il a considéré que l'intéressée conservait la capacité d'exercer une activité adaptée à plein temps et, vu la comparaison faite entre ses revenus avant (40'066 fr.) et après (40'620 fr.) la survenance de l'atteinte à la santé, elle ne subissait aucun préjudice économique.

Suite à l'opposition formée par l'assurée, l'OAI a procédé à des investigations complémentaires. Un examen psychiatrique a eu lieu le 9 janvier 2008. Dans son rapport du 25 janvier suivant, la Dresse G.\_\_\_\_\_,

spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu un syndrome douloureux somatoforme persistant évoluant en sinistrose (F45.4) et des troubles de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21) chez une personnalité avec traits dépendants (F60.7). Ces diagnostics étaient sans répercussion sur la capacité de travail et il n'existait aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique.

L'OAI a confirmé son refus de rente par décision sur opposition du 20 mars 2008. Cette décision a néanmoins été réformée par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à la suite d'un recours de l'assurée, en ce sens que l'OAI devait lui verser une demi-rente d'invalidité, puis une rente entière pour une période limitée du 1<sup>er</sup> août 2002 au 31 mars 2004.

**b)** L'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité le 17 octobre 2011, indiquant, quant au genre de l'atteinte, un état dépressif faisant suite à ses douleurs au côté droit, principalement dans le haut du corps (tête, épaule, nuque, bras, dos, jambe).

Dans un rapport du 17 novembre 2011, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée a signalé une aggravation de l'état de santé de l'assurée, tant sur le plan physique que psychique.

Sur le plan psychique, la Dresse T.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant de l'assurée, a, le 28 novembre 2011, attesté d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F33.2) existant depuis 2001 et a fait état de l'aggravation des symptômes depuis 2010.

Sur le plan physique, le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecine physique et réadaptation, a, dans son rapport du 20 janvier 2012, posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de tendinite du sus-épineux droite calcifiante, ainsi que de canal

lombaire rétrécit principalement L4-L5 associé à une discopathie pluri-étagée lombaire. Une obésité et un trouble de l'adaptation étaient relevés, sans pour autant impacter la capacité de travail. Ce médecin a en outre fait état d'une aggravation des douleurs depuis 2009, celles-ci s'étant étendues à la colonne cervicale droite principalement, avec irradiations dans les trapèzes et apparition de douleurs lombaires bilatérales prédominant du côté droit.

Une expertise pluridisciplinaire a en outre été réalisée au sein du Centre [...] (ci-après : Centre D. \_\_\_\_\_). Dans leur rapport du 30 novembre 2012, les Drs H. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, N. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, médecine physique et réadaptation, et Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont apprécié la situation de l'assurée de la manière suivante :

« Situation actuelle et conclusions :

Sur le plan de la médecine interne, il y a peu de plaintes, Madame L. \_\_\_\_\_ présente des problèmes d'hypertension artérielle et de diabète. Le status ne montre rien de particulier, hormis une obésité de classe II.

Il n'a pas de motif à incapacité de travail.

Sur le plan rhumatologique, Madame L. \_\_\_\_\_ présente un tableau clinique de douleurs chroniques diffuses touchant l'ensemble du rachis et des extrémités, évoquant en premier le diagnostic de fibromyalgie (versus syndrome somatoforme douloureux persistant). En effet, elle présente tous les critères de l'ACR [American College of Rheumatology], à savoir des douleurs chroniques du rachis et des extrémités associées à 18/18 points d'insertionite de Smith.

Les symptômes associés, soit un état de fatigue permanent, des troubles du sommeil avec un sommeil non réparateur et des troubles cognitifs, sont également présents. Toutefois, certains éléments dépassent le cadre d'un syndrome fibromyalgique, faisant suspecter une certaine amplification des douleurs. En effet, lors de l'expertise, on observe une personne marchant de façon harmonieuse, sans signe de douleur et sans boiterie antalgique. De plus, durant l'entretien, l'expertisée reste assise plus de 45 min. sans manifester de douleurs. Le déshabillage et l'habillage sont effectués sans limitation, toutefois de façon un peu laborieuse. Subitement, lors de l'examen clinique, Madame L. \_\_\_\_\_ devient extrêmement démonstrative, avec des contre-pulsions et des retenues empêchant toute évaluation correcte des amplitudes articulaires, que ce soit au niveau des membres inférieurs, des membres supérieurs ou du dos. La palpation superficielle, même l'effleurement du corps, est décrite comme douloureuse, avec de

nombreux jump signs. L'incapacité à se coucher sur le dos, même quelques secondes, n'a aucune justification médicale.

Dès lors, il est impossible d'évaluer cliniquement les endroits où le dossier mentionne des atteintes objectives, à savoir l'épaule droite et la région lombaire. On ne peut se baser que sur les examens radiologiques. Ceux-ci sont plutôt rassurants. En effet, les radiographies standards de l'épaule droite ne montrent qu'une petite calcification en sur-projection du tendon du sus-épineux, compatible avec une tendinopathie calcifiante - il existait déjà une calcification à ce niveau sur les radiographies du 14.08.2002 -. Cet examen a été complété par une échographie de l'épaule (14.03.2011) qui confirme une tendinopathie calcifiante modérée avec une composante de bursite sous-acromiale (qui a été infiltrée lors de l'examen). Il existe également des troubles dégénératifs modérés de l'acromio-claviculaire. Cette articulation a été également infiltrée lors de l'échographie. Au niveau du rachis lombaire, les radiographies ne montrent qu'une discrète déshydratation discale étagée, sans discopathie importante, avec des protrusions discales plutôt modérées en L4-L5 et L5-S1, sans conflit discoradiculaire. Il existe effectivement un rétrécissement modéré du canal lombaire au niveau L4-L5, dû à un épaississement des ligaments jaunes et à une arthrose des facettes articulaires. Ces anomalies radiologiques sont cependant modérées et n'expliquent aucunement l'intensité et le caractère handicapant des douleurs, avec limitation de toutes les amplitudes du rachis, autant dorsal que lombaire ; elles n'expliquent pas non plus la palpation diffusément sensible de l'ensemble du dos. Enfin, au niveau de la nuque, il n'y a aucune pathologie ostéoarticulaire significative.

Dès lors, on ne peut retenir aucun élément objectif indiquant une aggravation de l'état de santé par rapport à 2002 ou 2003.

*Concernant l'évaluation des capacités fonctionnelles et professionnelles*, la présence d'une pathologie chronique modérée de la coiffe des rotateurs avec arthrose acromio-claviculaire peut justifier une limitation dans toutes les activités nécessitant des mouvements d'élévation ou d'abduction du bras au-dessus de l'horizontale, avec ou sans port de charge ; il faut également éviter les mouvements répétitifs du bras qui sur-sollicitent l'épaule (travail à la chaîne).

Concernant le dos, les lombalgies modérées, sur discrète protrusion discale (L4-L5 et L5-S1) avec canal étroit secondaire modéré au niveau L4-L5, justifient des limitations dans les activités en position debout prolongée, nécessitant le port de charges modérées à lourdes (>15 kg) de façon répétitive ainsi que des mouvements répétitifs en flexion/rotation ou en extension du tronc.

Dans toute activité respectant ces limitations, la capacité de travail reste entière.

Sur le plan psychique, Madame L. \_\_\_\_\_ se plaint d'une symptomatologie mixte, dépressive et anxieuse. Concernant les symptômes dépressifs, nous relevons : tristesse, anhédonie, inappétence, trouble du sommeil, asthénie, mauvaise estime de soi, trouble de la concentration, pessimisme. La symptomatologie

anxieuse comprend : crises de panique deux fois/semaine – d'une durée de 2 à 3 heures chacune –, l'impossibilité de sortir seule, le besoin d'une présence en permanence, des inquiétudes constantes. L'expertisée met également en avant une symptomatologie de stress post-traumatiques, souvenirs répétitifs, cauchemars, angoisse lors de l'exposition à des images de guerre, évitement de tout ce qui a rapport avec ce sujet, restriction des affects.

La symptomatologie anxieuse et celle d'un état de stress post-traumatique n'ont pas été mentionnées dans l'évaluation psychiatrique du SMR en 2008.

[...]

*En conclusion*, par rapport à l'évaluation psychiatrique au SMR de janvier 2008, nous relevons une symptomatologie évoquant des crises de panique ainsi qu'une symptomatologie d'état de stress post-traumatique, absentes en 2008. La symptomatologie dépressive semble identique à celle décrite en 2008 ; par contre, l'expertisée relate actuellement une vie sociale et des activités quotidiennes moins riches que celles décrites il y a quatre ans. Notre examen psychiatrique montre un ralentissement psychomoteur et des troubles attentionnels modérés, non décrits par la Dresse G.\_\_\_\_\_.

En plus des discordances sur l'anamnèse familiale relevées ci-dessus, nous relevons plusieurs incohérences dans le cas de cette expertise :

- Il serait surprenant qu'une symptomatologie évoquant un état de stress post-traumatique se soit développée après 2008, alors que les événements à l'origine de ces plaintes datent de 1995.
- Le dosage de l'antidépresseur apporte un argument fort pour la non observance du traitement médicamenteux.
- Il y a un doute quant à la réalité du suivi psychiatrique annoncé.
- L'expert interniste de la présente expertise a examiné une personne bien orientée et vive, donc sans ralentissement psychomoteur.
- Madame L.\_\_\_\_\_ parle, ou du moins comprend le français, mieux qu'elle ne le laisse entendre.

Si nous nous appuyons uniquement sur l'observation clinique, il ne reste que de discrets signes dépressifs, compatibles, au vu de l'évolution chronique des symptômes (depuis 2000), avec un trouble dysthymique (F34.1). Ce trouble thymique est en lien avec un trouble douloureux somatoforme persistant (F45.4) : l'examen rhumatologique ne peut expliquer les douleurs diffuses dont se plaint l'expertisée, il met en évidence une certaine attitude démonstrative dans l'expression des douleurs, il existe des facteurs psychosociaux associés à ces plaintes. Sur le plan anxieux, Madame L.\_\_\_\_\_ ne montre aucun signe d'anxiété durant l'entretien, même lorsqu'elle évoque les différents événements qui, dit-elle, l'ont traumatisée. Nous pouvons tout au plus, en nous basant sur des éléments anamnestiques, évoquer un possible diagnostic de trouble panique (F41.0). D'ailleurs, elle dit avoir peur des ascenseurs, mais les utilise tout de même.

D'après nos constatations, ces troubles ne sont pas à l'origine de limitations fonctionnelles. Il n'existe pas d'incapacité de travail de longue durée d'origine psychiatrique. A ce niveau, notre évaluation ne diffère pas de celle de la Dresse G. \_\_\_\_\_ en 2008.

***Conclusions générales :***

L'état de santé de Madame L. \_\_\_\_\_ ne s'est objectivement pas aggravé depuis novembre 2009. Sur le plan somatique, il n'y a pas de cervicarthrose et la pathologie de l'épaule droite est présente de longue date.

Sur le plan psychique, malgré l'absence de médication antidépressive et, dans les mois précédant l'expertise, de suivi psychiatrique, il n'existe qu'une dysthymie secondaire au syndrome douloureux.

Concernant les critères de sévérité de la jurisprudence, nous constatons qu'il n'y a pas d'affection corporelle chronique ni d'échec des traitements puisque, en tout cas pour l'antidépresseur, la compliance est douteuse. L'évaluation des autres critères repose surtout sur l'anamnèse, en l'occurrence peu fiable. D'après le dernier rapport de la Dresse T. \_\_\_\_\_ à l'AI, sa patiente s'occuperait toute la journée de son époux, dont l'état de santé s'est aggravé. »

Pour le surplus, les experts ont posé les diagnostics - avec répercussion sur la capacité de travail - de tendinopathie calcifiante modérée du sus-épineux avec arthrose acromio-claviculaire droite, depuis 2002, ainsi que de lombalgies modérées avec discrètes protrusions discales L4-L5 et L5-S1 et canal lombaire étroit secondaire modéré en L4-L5, sans conflit disco-radicaire depuis 2000. S'agissant des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ces médecins ont relevé un trouble dysthymique (F34.1) depuis 2000, un trouble douloureux somatoforme persistant (F45.4) depuis 2000, un possible trouble panique (F41.0), ainsi qu'une hypertension artérielle, un diabète type II et une obésité de classe II. Les experts ont par ailleurs déterminé les limitations fonctionnelles présentées par l'assurée sur le plan physique, de telles limitations étant exclues sur les plans psychique, mental et social. Une activité adaptée à ces limitations fonctionnelles était exigible à plein temps.

Le SMR a repris les conclusions de cette expertise dans un avis du 7 décembre 2012, sur lequel s'est fondé l'OAI pour établir son projet de

décision du 6 février 2013, puis sa décision du 11 juillet 2013. Selon cette dernière, l'OAI a refusé la demande de prestations de l'assurée.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a, par arrêt du 29 septembre 2014, confirmé la décision précitée. Elle a notamment exclu une aggravation de l'état de santé somatique de l'assurée et a retenu ce qui suit s'agissant de son état psychique :

« Si les experts évoquent la présence chez la recourante d'une symptomatologie dépressive, celle-ci n'est selon toute vraisemblance pas d'une intensité suffisante pour justifier une incapacité de travail. Ils considèrent que les discrets signes dépressifs sont tout au plus compatibles avec un trouble dysthymique, secondaire au syndrome douloureux, diagnostic qu'ils répertorient dans la rubrique des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Partant, on en saurait retenir la présence d'une comorbidité psychiatrique importante, étant par ailleurs relevé que les états dépressifs - pris en tant que comorbidité psychiatrique - constituent généralement des manifestations d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (TF I 87/06 du 31 janvier 2007 et la jurisprudence citée).

Par ailleurs, le traitement psychique ne semble pas suivi de manière assidue par la recourante : les experts relèvent une compliance douteuse au traitement antidépresseur et mettent en doute la réalité du suivi psychiatrique annoncé. Partant, le critère de l'échec du traitement ne trouve pas sa place dans le présent cas. Il en va de même s'agissant du critère des affectations corporelles chroniques, eu égard à l'examen rhumatologique au Centre D.\_\_\_\_\_. On peut également suivre les experts lorsqu'ils énoncent que les autres critères reposent sur une anamnèse, en l'occurrence, peu fiable, de sorte que l'on ne saurait admettre que ces critères sont remplis. Finalement, il ressort de l'expertise du Centre D.\_\_\_\_\_, comme de l'examen du SMR en juillet 2004, que les plaintes de l'assurée sont amplifiées lors des examens cliniques (cf. consid. 5b *supra*). Conformément à la jurisprudence exposée ci-dessus, il doit être tenu compte d'une telle amplification des symptômes - comme des grandes divergences entre les informations fournies par l'expertisée et celles ressortant de l'anamnèse - dans le cadre de l'examen du droit aux prestations d'assurance.

Dans ces conditions, il convient d'admettre que le trouble douloureux somatoforme persistant peut être surmonté par un effort de volonté raisonnablement exigible et ne saurait être jugé comme incapacitant. »

Non contesté, cet arrêt est entré en force.

**c)** Le 29 mai 2015, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations.

Par rapport médical du 15 juin 2015, le Dr F.\_\_\_\_\_ a fait savoir à l'OAI que l'état de santé de l'assurée s'aggravait depuis 2010, tant sur le plan physique, que psychique. Il a fait état de douleurs aux épaules, notamment à droite, plus fortes et réduisant la mobilité, de gonalgies, ainsi que de douleurs cervico-dorso-lombalgies avec rigidité du rachis limitant également la mobilité. Les infiltrations au niveau de l'épaule n'avaient pas permis d'améliorer ces symptomatologies. Par ailleurs, l'assurée avait développé un diabète de type II traité et son état anxio-dépressif s'était aggravé.

Dans un avis du 22 octobre 2015, le Dr V.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a relevé que les éléments mis en exergue par le Dr F.\_\_\_\_\_ avaient déjà été pris en compte dans l'expertise du Centre D.\_\_\_\_\_ du 30 novembre 2012 et ne présentaient aucune évolution depuis cette dernière. De ce fait, les conclusions de l'expertise demeuraient valables.

Sur cette base, l'OAI a, par projet de décision du 26 octobre 2015, informé l'assurée qu'il n'entendait pas entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations, l'intéressée n'ayant pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision.

Sous la plume de son conseil, l'assurée s'est opposée à ce projet par courrier du 27 novembre 2015 et a ajouté être en attente de certificats médicaux permettant d'établir la détérioration dont elle se prévalait.

Dans un rapport du 4 janvier 2016, le Dr F.\_\_\_\_\_ a expliqué que depuis quelques mois, il avait constaté une aggravation progressive des symptomatologies douloureuses de la colonne lombaire qui irradiaient dans les membres inférieurs, limitant la mobilité de l'assurée, surtout

lorsqu'elle restait longtemps en position assise ou debout. Un avis neurochirurgical ayant été requis par le médecin traitant, le Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, a, dans un rapport du 3 février 2016, indiqué qu'il ne retenait aucune indication neurochirurgicale, jugeant par ailleurs la symptomatologie vague et diffuse.

Le 1<sup>er</sup> février 2016, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et nouveau psychiatre traitant de l'assurée, a quant à lui relevé que postérieurement à la décision de l'assurance-invalidité du mois de juillet 2013, l'état de santé de l'assurée ne s'était guère amélioré. Cette dernière présentait une symptomatologie dépressive et anxieuse de degré moyen à sévère avec des fluctuations de l'humeur qui tendaient à se péjorer, avec présence d'idées noires et ruminations. Selon lui, au vue de l'évolution de l'état de santé physique et psychique, l'incapacité de travail de l'assurée était complète de manière durable.

Le 10 février 2016, le Dr B.\_\_\_\_\_ a remis à l'OAI copie de son précédent rapport du 20 janvier 2012 et a précisé que depuis lors il n'y avait pas de nouveaux éléments sur le plan rhumatologique, ni d'aggravation.

Dans un avis SMR du 23 février 2016, le Dr V.\_\_\_\_\_ a estimé, après examen des différents rapports précités, qu'une aggravation sur le plan psychique ne pouvait être exclue, de sorte qu'il convenait d'instruire ce volet.

Interpellé par l'OAI, le Dr P.\_\_\_\_\_ a, dans un rapport du 28 avril 2016, posé les diagnostics psychiatriques incapacitants de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), de trouble de l'adaptation, avec réaction dépressive prolongée (F43.21), ainsi que de trouble anxieux (F41). Concluant à une incapacité totale de travail, ce médecin a pour le surplus relevé ce qui suit :

« Madame L.\_\_\_\_\_ présente une symptomatologie dépressive et anxieuse, qui tend à se péjorer, avec des idées noires et des envies

de mourir. Elle peine à accepter son handicap. Elle se sent lésée. Ses douleurs, ressenties plus fortement lorsqu'elle sollicite ses bras, peuvent être également source d'angoisses.

En dehors du syndrome douloureux aux épaules et du dos, Mme L.\_\_\_\_\_ se plaint de troubles du sommeil avec cauchemars fréquents. Elle décrit des moments de forte anxiété avec ruminations. Elle signale des maux de têtes, des douleurs musculaires et une tension nerveuse permanente. Elle se plaint également de fatigabilité, d'une baisse de l'élan vital, d'une perte de la confiance en elle et a du mal à accomplir les activités de la vie quotidienne.

#### Constat médical

Mme L.\_\_\_\_\_ est une femme de 58 ans, qui fait son âge, soignée de sa personne. Elle est bien orientée aux trois modes.

Elle est ralentie, paraît accablée, se culpabilise beaucoup par rapport à sa situation actuelle. Elle souffre d'angoisse flottante. Elle pleure facilement et montre une grande avidité affective. On note une grande mésestime d'elle-même. Elle dit ne plus supporter sa situation et éprouve une grande injustice, lorsqu'elle évoque sa situation médicale et sociale.

Sa thymie est triste, son humeur est dépressive, elle évoque des idées noires. Elle signale une anhédonie, une perte d'énergie, une inappétence et des troubles du sommeil de type difficultés d'endormissement.

Elle ne présente pas de troubles de la perception, ni d'autres signes de la lignée psychotique. »

Après examen de ces éléments, le Dr V.\_\_\_\_\_ a, dans un avis SMR du 5 décembre 2016, retenu que :

« Actuellement, le psychiatre traitant, s'il annonce un trouble dépressif récurrent, épisode moyen à sévère, ne pose pas de diagnostic de trouble somatoforme douloureux. La symptomatologie décrite, sur les plans dépressifs et anxieux est marquée par une certaine incertitude que le conditionnel décrit : *« elle tendrait à se péjorer .../... elle se sent lésée.../... elle dit ne plus supporter sa situation et éprouve une grande injustice »*. Pour autant, les symptômes sont de type anxieux et dépressifs avec perte d'estime, une thymie triste, une anhédonie, une perte d'énergie, une inappétence et des troubles du sommeil. « L'évocation d'idées noires » ne paraît pas, par le terme employé, traduire une prégnance importante. Cette constellation anxio-dépressive ne diffère pas de celle que nous avons trouvée dans l'expertise de 2012.

**En conséquence, la situation décrite par le psychiatre traitant est identique à celle de l'expertise de 2012 et la patiente présente une dysthymie d'expression variable dans sa gravité et il n'y a pas de fait nouveau, ni sur le plan somatique, ni sur le plan psychiatrique. »**

Annulant son projet de décision du 26 octobre 2015, l'OAI a, par nouveau projet de décision du 10 février 2017, informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations, aucune modification significative de son état de santé n'étant intervenue depuis la précédente décision du 11 juillet 2013.

L'assurée s'est opposée à ce projet de décision par courrier du 20 mars 2017.

Par décision du 21 juillet 2017, l'OAI a confirmé son projet de décision précité dont il a repris la motivation.

**B.** Par acte du 14 septembre 2017, L.\_\_\_\_\_ a, par l'intermédiaire de son conseil, recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à sa réforme en ce sens qu'un droit à une rente entière devait lui être reconnu. En substance, elle a allégué qu'il convenait de suivre les conclusions de ses médecins traitants pour retenir une aggravation de son état de santé, et non les avis des médecins conseils, lesquels avaient procédé à « *un exercice de pseudo-herméneutique sur le contenu du certificat du psychiatre* ».

Par réplique du 19 octobre 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Se référant à l'avis SMR du 5 décembre 2016, l'OAI a réitéré qu'aucune aggravation significative de l'état de santé de l'assurée ayant des répercussions sur son droit à la rente n'était intervenue depuis la décision négative du 11 juillet 2013, ce sur les plans somatique et psychique.

Dupliquant le 7 novembre 2017, l'assurée a derechef indiqué que ses médecins traitants avaient attesté d'une aggravation de son état de santé sur les plans psychiques et somatiques.

Par courrier du 28 novembre 2017, l'OAI a persisté dans ses conclusions.

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

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

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [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. a)** En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

**b)** Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité de la recourante à laquelle a procédé l'OAI à la suite de la nouvelle demande du 29 mai 2015, singulièrement sur l'existence d'une aggravation de l'état de

santé de la recourante entre la décision rendue le 11 juillet 2013 et la décision litigieuse.

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

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. Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Le Tribunal fédéral a récemment retenu qu'il y a lieu d'appliquer à toutes les maladies psychiques, et en particulier aussi aux dépressions légères à moyennes, la procédure d'administration des preuves prévalant en matière de troubles douloureux sans substrat organique (troubles somatoformes douloureux) et de troubles psychosomatiques analogues (ATF 141 V 281), à savoir au moyen d'une grille d'indicateurs, puisque des problèmes de preuve analogues se posent pour les maladies psychiques. Le Tribunal fédéral a toutefois estimé que, pour des questions de proportionnalité, il pourra être renoncé à cette

méthode d'administration des preuves lorsque, vu le besoin concret de preuve, une telle administration ne s'avère pas nécessaire ou pas adéquate. Une telle évaluation est ainsi superflue lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecin n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons. La Haute Cour a encore précisé que même si la classification diagnostique est médicalement nécessaire et qu'un diagnostic posé selon les règles de l'art est indispensable, on ne peut en rester là sur le plan juridique. Ce qui importe le plus est la question des effets fonctionnels d'un trouble. Dans cette évaluation des conséquences d'un trouble psychique, le diagnostic n'est plus en centre. Aucune déclaration fiable sur les limitations fonctionnelles de la personne concernée ne saurait être déduite du seul diagnostic. Ainsi, indépendamment de leur diagnostic, des troubles entrent déjà en considération en tant que comorbidité important du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 409 et 143 V 418).

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. c LAI). L'assuré peut en outre prétendre à une mesure de reclassement s'il est invalide à 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b).

**b)** Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. L'administration doit

instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. 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 71 consid. 3.2). Si l'administration constate que l'invalidité ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (TFA I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2).

**c)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

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).

Fondés sur l'art. 59 al. 2<sup>bis</sup> LAI, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 LAI). De par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Ces rapports ne sont toutefois pas dénués de toute valeur probante et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C\_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir

s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

**4. a)** En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la troisième demande de prestations de l'assurée du 29 mai 2015 et a procédé à l'instruction du cas. Il convient dès lors de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision du 11 juillet 2013, confirmée par la Cour de céans le 29 septembre 2014, à ceux existant au moment de la décision du 21 juillet 2017, afin de déterminer si un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité de la recourante est survenu durant ce laps de temps.

Se fondant sur l'avis SMR du 5 décembre 2016, l'intimé a retenu qu'il n'existait pas d'éléments médicaux nouveaux par rapport à ceux prévalant au moment de décision de refus du mois de juillet 2011. Aussi, a-t-il retenu que la recourante était en mesure de travailler à temps complet dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

La recourante conteste ce point de vue. Elle soutient que son état de santé s'est détérioré aux plans physique et psychique, et qu'il ne lui est désormais plus possible d'exercer une activité lucrative.

**5. a)** Sur le plan somatique, il est établi et non contesté que la recourante ne possède plus de capacité de travail dans son activité habituelle d'ouvrière de production. Est par contre litigieuse la question de la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée à son état de santé.

Au cours de l'instruction de la précédente demande, il a été déterminé que la recourante souffrait d'une tendinopathie calcifiante modérée du sus-épineux avec arthrose acromio-claviculaire droite, depuis 2002, ainsi que de lombalgies modérées avec discrètes protrusions discales L4-L5 et L5-S1 et canal lombaire étroit secondaire modéré en L4-L5, sans conflit disco-radriculaire depuis 2000 (cf. rapport du Dr B. \_\_\_\_\_

du 20 janvier 2012 et rapport d'expertise du 30 novembre 2012). L'intimé, puis la Cour de céans, ont néanmoins retenu, en se fondant sur l'expertise du Centre D.\_\_\_\_\_ du 30 novembre 2012, que ces atteintes ne faisaient pas obstacles à l'exercice d'une activité adaptée à temps complet.

Au cours de l'instruction de la demande litigieuse, l'intimé a rassemblé les rapports des différents médecins consultés par la recourante, notamment celui du Dr B.\_\_\_\_\_, lequel s'était déjà prononcé en janvier 2012 dans le cadre de l'examen de la précédente demande. Or, ce médecin a indiqué que depuis son dernier rapport la recourante ne présentait pas de nouveaux éléments sur le plan rhumatologique, ni même d'aggravation (cf. rapport du 10 février 2016). Cette conclusion a été reprise au sein des avis SMR des 23 février et 5 décembre 2016, opérant une synthèse complète des éléments apportés dans le cadre de la nouvelle demande.

Le dossier ne contient pour le surplus aucun élément qui serait susceptible de contredire ce constat partagé d'absence d'aggravation sur le plan physique, étant précisé que le Dr I.\_\_\_\_\_, qui ne retient aucune indication neurochirurgicale, a jugé la symptomatologie de la recourante « *vague et diffuse* ».

Le rapport du Dr F.\_\_\_\_\_ ne permet pas d'aboutir à une autre conclusion. En effet, ce médecin, au demeurant non spécialisé, n'explique pas en quoi les symptômes présentés par la recourante différaient de ceux qui prévalaient lors de la précédente décision de refus. On relève par ailleurs qu'à cette époque déjà, la recourante n'était pas en mesure de rester longtemps en position assise ou debout, raison pour laquelle les experts ont indiqué, dans leur rapport du 30 novembre 2012, que les atteintes physiques de la recourante justifiaient des limitations dans les activités en position debout prolongée. Ces limitations fonctionnelles sont ainsi superposables à celles évoquées par le Dr F.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 4 janvier 2016.

En l'absence de tout élément nouveau, force est de constater que les atteintes physiques de la recourante permettent toujours l'exercice d'une activité adaptée, tel que retenu dans le rapport d'expertise du 30 novembre 2012.

**b)** Sur la plan psychique, l'intimé a fondé sa décision du 21 juillet 2017 sur l'appréciation du Dr V.\_\_\_\_\_ qui a jugé, dans son avis du 5 décembre 2016, que la recourante ne présentait aucune aggravation de son état de santé psychique, les éléments mis en exergue par le psychiatre traitant étant identiques à ceux prévalant au moment de la dernière décision de refus de rente le 11 juillet 2013.

L'appréciation du Dr V.\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, est convaincante et il ne se trouve au dossier aucun élément de nature à la remettre sérieusement en cause.

En effet, ce médecin s'est livré à un exercice complet de comparaison, reprenant dans leur ensemble les symptômes et les plaintes mentionnés dans le rapport du Dr P.\_\_\_\_\_. Il a à cet égard relevé que l'expertise du 30 novembre 2012 mentionnait déjà des déclarations similaires. On retrouve dans cette expertise les éléments de tristesse, d'anhédonie, d'inappétence, de trouble du sommeil, d'asthénie, de mésestime de soi, de troubles de la concentration, de crises de panique et de pessimisme. Quant aux idées noires, le Dr V.\_\_\_\_\_ a expliqué que le terme employé par le psychiatre traitant ne traduisait pas une prégnance importante. Clair, détaillé et dûment motivé, l'avis établi le 5 décembre 2016 par le Dr V.\_\_\_\_\_ doit se voir accorder une pleine valeur probante. Il convient dès lors de suivre ce médecin dans sa conclusion, à savoir que la situation décrite par le psychiatre traitant est identique à celle de l'expertise de 2012 (cf. avis SMR du 5 décembre 2016). Force est ainsi de constater que le Dr P.\_\_\_\_\_ n'apporte pas d'éléments objectifs permettant d'attester une aggravation de l'état de santé de la recourante au plan psychiatrique depuis la décision du 11 juillet 2013.

L'appréciation du Dr F. \_\_\_\_\_ sur le plan psychique ne permet pas d'aboutir à une conclusion différente. On relève que le Dr F. \_\_\_\_\_ semble s'être principalement fié aux plaintes subjectives de la recourante, sans mettre en exergue d'éléments objectifs propre à confirmer une dégradation de l'état de santé de l'intéressée. Ce médecin traitant ne motive ainsi pas les éléments lui permettant de retenir une aggravation de l'état anxio-dépressif de la recourante. Il se limite au contraire à défendre la position qu'il avait déjà adoptée en 2011 et à soutenir sa patiente dans sa demande d'une rente de l'assurance-invalidité. Or, son appréciation de la capacité de travail n'avait pas été retenue à l'époque, et il ne prévaut actuellement aucun élément nouveau qui conduirait à se rallier à son avis.

Ainsi et tel que relevé par le Dr V. \_\_\_\_\_, il faut retenir que la constellation anxio-dépressive décrite par les rapports médicaux produits à l'appui de la nouvelle demande n'est pas différente de celle déjà présente au moment de l'expertise du Centre D. \_\_\_\_\_ en 2012.

Au vu de ces éléments, on ne peut suivre la recourante lorsqu'elle affirme que son état de santé psychique s'est dégradé au point qu'elle ne peut plus travailler. Il sied au contraire de retenir, tel qu'expliqué dans l'expertise du 30 novembre 2012, que ses atteintes psychiques ne présentent aucun caractère incapacitant.

**6. a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**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<sup>bis</sup> première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe. Toutefois, dès lors que la recourante a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la

charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Il n'y a pour le surplus pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGGA).

Par décision de la juge instructeur du 15 septembre 2017, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 31 juillet 2017 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Paul-Arthur Treyvaud. Ce dernier a produit sa liste des opérations le 15 novembre 2018. Bien que cette liste soit peu précise et ne mentionne pas les dates des opérations, ces dernières apparaissent justifiées au vu de l'importance et de la complexité du dossier, de sorte que l'indemnité de Me Treyvaud est arrêtée à 1'505,65 fr. (débours et TVA compris).

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

**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 21 juillet 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.
- IV. L'indemnité d'office de Me Paul-Arthur Treyvaud, conseil de la recourante, est arrêtée à 1'505,65 fr. (mille cinq cent cinq francs soixante-cinq centimes), débours et TVA compris.
- V. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis provisoirement à la charge de l'Etat.
- VI. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Paul-Arthur Treyvaud (pour L. \_\_\_\_\_) ;
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud ;

- Office fédéral des assurances sociales ;

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :