

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 octobre 2013

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : Mme Thalmann et M. Métral
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

E. _____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Olivier Carré,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6ss et 16 LPGA; 28 LAI; 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. E._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1964, ressortissante du Kosovo, a déposé une première demande de prestations AI le 10 mai 2004 en indiquant se trouver en arrêt de travail à compter du 22 mai 2003, en raison d'une rupture transfixiante du muscle sus-épineux droit survenue à la suite d'un accident (en soulevant un bidon pesant environ 25 kg au-dessus des épaules, l'assurée a ressenti une forte douleur dans l'épaule droite).

A teneur du Formulaire 531 bis complété le 27 mai 2004, l'assurée a déclaré qu'en bonne santé, elle travaillerait dans le domaine de la gypserie-bâtiment à 100 % par nécessité financière.

Dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations, le dossier LAA de l'assurée a été produit au dossier. Il en ressort notamment les pièces médicales suivantes:

- Un rapport d'évaluation du 30 mars 2004 des Drs F._____, directeur médical, et D._____, médecin-assistant, de la Clinique Romande de Réadaptation (CRR) de la CNA, consécutif à un séjour de l'assurée du 28 janvier 2004 au 3 mars 2004 et qui pose les diagnostics suivants:

"DIAGNOSTIC(S) PRIMAIRE(S):

- Thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.1)

DIAGNOSTICS SECONDAIRES:

- Rupture transfixiante du tendon du sus-épineux, traitée conservativement (T 92.5)
- Tédinopathie chronique de la coiffe des rotateurs (M 75.8)
- Syndrome douloureux somatoforme persistant (S 45.4)

CO-MORBIDITES:

- Obésité (E 66.0)
- Diabète vraisemblable
- Hypertriglycémie"

Dans leur appréciation du cas de l'assurée, les médecins de la CRR se sont notamment exprimés comme il suit:

"[...] Compte tenu de la discordance entre les plaintes et les constatations objectives, nous demandons au Dr P._____, psychiatre, d'évaluer la situation. Notre collègue, au terme de son bilan, retient l'existence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant chez une patiente par ailleurs, euthymique. Le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant est cependant retenu, par exclusion, la patiente ne remplissant pas, notamment sur le plan thymique, certains critères que l'on souhaiterait. Il faut préciser de ce point de vu que toutes les anamnèses et examens faits avec Mme E._____ l'ont été par l'intermédiaire d'une traductrice, la patiente ne parlant pratiquement pas le français.

Tout au long de son séjour, nous avons cependant été frappés par son comportement d'invalidé dû à des douleurs liées à une simple lésion tendineuse d'épaule, banale en soi, sans aucune composante inflammatoire ni rétractile, ainsi que l'a montré l'examen après bloc interscalénique.

Dans ces circonstances et malgré les réserves que nous pouvons émettre, il nous paraît raisonnable de retenir le syndrome douloureux somatoforme persistant comme élément clé de l'évolution vers une invalidation présentée par cette patiente. Les lésions anatomiques observées ne justifient en soi pas un tel comportement d'exclusion.

De façon connexe, nous avons relevé l'existence d'un syndrome pléthorique avec obésité, hypertriglycéridémie et vraisemblable diabète avec des valeurs de glycémie contrôlées à 3 reprises entre 9.3 et 10.4 mmol/l. Nous laissons le soin au médecin traitant de résoudre cet aspect par la mise en route d'un régime et d'un traitement idoine s'il est secondairement justifié.

Sur le plan du travail, nous retenons que Mme E._____ présente une capacité nulle dans un métier lourd. Nous pensons, cependant, qu'il faut dès à présent envisager la possibilité, dans un délai raisonnable, de 4 à 8 semaines, de reprise d'une activité légère adaptée ne nécessitant pas le port de charges lourdes ni le lever au-delà du niveau des épaules.

CAPACITE DE TRAVAIL ACTUELLE DANS LA PROFESSION DE AIDE-PEINTRE:
0 %."

- Une décision sur opposition du 5 novembre 2004 de la CNA confirmant sa décision rendue le 16 août 2004 octroyant à l'assurée le droit à une rente d'invalidité de 18 % dès le 1^{er} juillet 2004, lui refusant toutes prestations pour les conséquences de ses troubles psychogènes et lui accordant une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5'340 fr. fondée sur un taux de 5 %.

Dans un rapport médical du 13 novembre 2007, le Dr C._____, spécialiste en médecine du sport et médecin traitant, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de lombosciatalgies droites chroniques, de discopathie L5-S1, de cervicalgies et de gonarthrose au genou bilatérale. Ce médecin était d'avis que sa patiente présentait une incapacité de travail à 100 % depuis 2004 dans sa profession habituelle sans qu'une autre activité ne soit exigible de sa part. Le Dr C._____ précisait que la cause de cette incapacité totale de travail résultait de douleurs polyarticulaires sur plusieurs pathologies.

Le 21 janvier 2008, E._____ a été examinée par les Drs G._____, spécialiste en rhumatologie, et S._____, spécialiste en psychiatrie, du Service Médical Régional (SMR) de l'AI. Au terme de leur rapport d'examen clinique rhumato-psychiatrique du 25 février 2008, ces spécialistes ont notamment retenu ce qui suit sur l'état de santé de l'assurée:

"DOSSIER RADIOLOGIQUE

Rx du rachis lombaire de face et de profil du 29.04.2005: bascule du bassin de 1.5 cm sur la G; attitude en légère flexion latérale D; important pincement en L5-S1, léger pincement postérieur L4-L5; début de spondylose antérieure lombaire étagée; troubles dégénératifs postérieurs sur les deux derniers étages; ostéophytose modérée en L4-L5 D.

IRM lombaire du 13.07.2005: déshydratation des trois derniers disques; léger pincement postérieur en L4-L5, pincement avancé en L5-S1 avec remaniement des plateaux qui sont hyper-intenses en T2; protrusion tendant à être latéralisée à G en L5-S1, pas de hernie discale visible; en L4-L5, la protrusion est circonférentielle; troubles dégénératifs postérieurs étagés.

Rx du rachis cervical de profil du 05.02.2007: lordose conservée; pincement débutant en C4-C5, modéré en C5-C6 où l'on voit également une ostéophytose antérieure et un remaniement articulaire postérieur débutant. Il n'y a pas de CT à disposition.

IRM du genou D du 26.02.2007: pincement modéré du compartiment interne; suspicion de lésion méniscale interne dégénérative, bonne intégrité des ligaments croisés; subluxation de la rotule, petit élément osseux sur le versant interne du condyle fémoral en regard de la rotule (noyau d'ossification secondaire); lésion cartilagineuse en regard sur la rotule; en conclusion, troubles dégénératifs méniscaux internes avec gonarthrose fémoro-tibiale et fémoro-patellaire.

Il n'y a aucune radiographie de l'épaule D ni G dans le dossier mis à disposition.

DIAGNOSTICS

- avec répercussion sur la capacité de travail

- Rupture transfixante du muscle supra-épineux D. M75.1
- Rachialgies chroniques non déficitaires dans un contexte de discopathie modérée en C5-C6, avancée en L5-S1.
- Gonarthrose du compartiment interne D et fémoro-patellaire.

- sans répercussion sur la capacité de travail

- Amplification des symptômes.
- Obésité de classe III.
- Déconditionnement physique.
- Plaintes douloureuses chroniques, en l'absence d'atteinte psychiatrique à la santé (F68.0).

APPRÉCIATION DU CAS

Sur le plan somatique Assurée de 43 ans, travaillant comme aide-peintre dans l'entreprise de son mari, en arrêt de travail complet depuis le 22.05.2003 en raison de douleurs de l'épaule accompagnées d'une impotence fonctionnelle. L'assurée présente une rupture du muscle supra-épineux D le 22.03.2003 lors d'un effort de soulèvement de charge. Une IRM confirme une rupture transfixante du sus-épineux. Le Dr Z._____, orthopédiste opte pour un traitement conservateur.

En l'absence d'évolution des symptômes, l'assurée est prise en charge à la Clinique Romande de Réadaptation (CRR), du 28.01.2004 au 03.03.2004. Elle est vue par le Dr V._____, orthopédiste, qui confirme la poursuite du traitement conservateur. L'examen clinique est décrit des plus difficiles en raison d'une participation partielle de l'assurée, le Dr V._____ objective une petite lésion transfixante du sus-épineux sur l'arthro-IRM. La trophicité musculaire est décrite comme bonne. Dans la lettre de sortie de la CRR, il est décrit une discordance entre les plaintes et les constatations objectives avec un comportement d'invalidé. L'assurée est présentée au Dr P._____, psychiatre à la CRR, qui conclut à l'existence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant chez une patiente par ailleurs euthymique. La capacité de travail à la sortie est jugée comme nulle dans un métier lourd; par contre, dans un délai de quatre à huit semaines, une reprise d'activité professionnelle légère, adaptée, est proposée.

L'assurée est vue par le Dr K._____, médecin d'arrondissement de la SUVA, le 04.05.2004. La participation à l'examen est très limitée. Spontanément, l'assurée garde son bras collé au corps. Il est retenu qu'il n'y a pratiquement pas d'amyotrophie de l'épaule D. Le Dr K._____ conclut: « L'impression qui prévaut est bien plus celle d'une simulation que d'un trouble somatoforme douloureux. » D'un point de vue orthopédique, il estime que l'assurée est capable de travailler à plein temps dans une activité légère, exercée à hauteur de table d'établi.

En se basant sur les éléments du dossier, le médecin SMR conclut le 29.12.2005 pour une incapacité totale dans l'activité habituelle et une capacité complète dans une activité légère, respectant les limitations décrites par le Dr K. _____, à partir de septembre 2003.

L'évaluation de la capacité de gain est faite par l'office AI Vaud: il est retenu que le préjudice n'est pas d'importance à ouvrir le droit à des mesures professionnelles, l'assurée pouvant par exemple travailler dans un poste d'activité industrielle légère.

La décision finale n'étant pas encore annoncée à l'assurée, l'office AI reçoit un rapport médical du Dr C. _____, généraliste et spécialiste en médecine du sport. Dans son rapport du 13.11.2007, le Dr C. _____ atteste d'une incapacité de travail totale dans toute activité. En plus du diagnostic connu d'atteinte de la coiffe des rotateurs à D, il avance les diagnostics incapacitants de lombosciatalgies D chroniques, de cervicalgies, de gonarthrose bilatérale. Il n'y a pas de descriptif de l'examen clinique.

Afin de déterminer dans quelle mesure ces atteintes ostéoarticulaires ont des répercussions sur la capacité de travail et afin de préciser la présence d'un éventuel trouble somatoforme douloureux, l'assurée est vue en examen bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, au SMR.

Lors de l'entretien, l'assurée dit avoir travaillé pendant cinq mois dans l'entreprise de son mari comme aide. Elle dit avoir dû porter des bidons, des sacs, faire de la peinture. Madame E. _____ se dit incapable de reprendre cette activité, elle estime ne plus pouvoir travailler dans une autre activité, même plus légère, en raison de douleurs non seulement de l'épaule D mais également des membres inférieurs et du rachis. Les douleurs ont commencé le 22.05.2003 après avoir porté un bidon, elles sont devenues diffuses depuis trois à quatre ans, l'assurée dit avoir mal partout dans les os. Elle se dit extrêmement limitée dans ses activités, ne pas être capable de porter avec le membre supérieur D plus de deux à trois kilos, ne pas pouvoir marcher plus de dix minutes. Elle a même parfois besoin de sa fille pour mettre ses sous-vêtements. Elle participe peu aux activités du ménage. Les douleurs décrites sont quotidiennes, présentes jour et nuit. L'assurée ne décrit pas de troubles sensitifs ni de troubles moteurs segmentaires, elle dit ne plus avoir de force dans les jambes et dans les bras, se sent globalement fatiguée. Elle prend quotidiennement un traitement d'anti-inflammatoires sous forme de méfénacide associé récemment à un traitement d'indométacine; en plus, elle prend quotidiennement du Paracétamol® à dose modérée.

Lors de l'analyse de la marche l'assurée a d'emblée un comportement algique marqué avec une boiterie D lorsqu'elle doit se rendre en salle d'examen. Le comportement algique est surtout très marqué lorsqu'on mobilise les articulations ou le rachis. A relever que pratiquement toutes les articulations sont douloureuses à la mobilisation. Par exemple, la flexion du coude D déclenche une violente douleur dans l'épaule, de même que la flexion de l'index D qui est incomplète en raison d'une douleur également de l'épaule. Lors de l'examen des hanches ou encore du rachis lombaire, l'assurée a un comportement algique très marqué.

En ce qui concerne l'épaule D, il n'y a pas d'amyotrophie de non utilisation ; la participation de l'assurée ne nous permet pas d'arriver aux amplitudes compètes. Nous pouvons cependant conclure qu'il n'y pas de capsulite rétractile, pas d'algoneurodystrophie. L'examen fin de la coiffe des rotateurs à D est impossible au vu de la participation, l'assurée ne tient aucun test sur les quatre muscles de la coiffe, ce qui est discordant avec une atteinte localisée sur le supra-épineux.

Dans les suites d'un tunnel carpien à D, l'assurée a une trophicité de l'éminence thénar moins développée, il n'y a pas de signes d'irritation du nerf médian ni de déficit sensitivomoteur.

Aux membres inférieurs, la mobilité des hanches est limitée à 90° par une douleur diffuse des membres inférieurs. Les genoux ne présentent pas de défaut d'axe, la flexion est limitée dde également par d'importantes douleurs. Il n'y a pas d'épanchement, pas de blocage méniscal, la manoeuvre déclenche des douleurs diffuses, il n'y a pas de signe d'instabilité. La palpation au niveau des genoux est peu douloureuse, elle [est] surtout sensible au niveau du corps adipeux à la face interne du genou (point de Smythe).

Il existe une composante de fond de type fibromyalgique avec 9 points de Smythe sur 18.

A l'examen du rachis, l'assurée a des troubles statiques dans le plan sagittal sous forme d'un relâchement de la sangle abdominale, d'une horizontalisation du sacrum. La mobilité du rachis cervical est légèrement limitée en flexion-extension et rotation du côté G, sous réserve de participation de l'assurée, la mobilisation est douloureuse dans toutes les directions. La palpation montre une contracture paravertébrale G et une douleur cervicale moyenne et basse; il n'y a pas de déficit radiculaire.

Au niveau lombaire, la mobilité est complète en flexion et permet d'exclure un syndrome rachidien. La palpation est douloureuse sur le dernier étage ainsi que sur tout le sacrum. Il n'y a pas de signes de sciatique irritative, pas de déficit radiculaire aux membres inférieurs. Le score de Waddeli est positif pour des signes de non organicité.

A la lecture du dossier radiologique, nous sommes surpris de ne voir aucun cliché de contrôle au niveau de l'épaule; l'IRM de l'épaule D sur laquelle on voyait la rupture transfixiante du supra-épineux n'est pas dans le dossier. La radiographie du rachis montre une discopathie modérée en C5-C6 un remaniement ostéophyttaire, un début de trouble dégénératif postérieur à ce niveau. Plus bas, il existe un pincement avancé L5-S1 avec un remaniement des plateaux et des troubles dégénératifs postérieurs étagés; il n'y a pas de hernie discale visible. L'IRM du genou D du 06.02.2007 montre une gonarthrose interne et fémoro-patellaire ainsi qu'une déchirure du ménisque interne.

En conclusion, il existe une discordance importante entre les allégations transmises par l'assurée, son comportement algique très marqué et les constatations radiocliniques objectivables. L'assurée présente des troubles dégénératifs touchant le rachis cervical moyen et lombaire bas, le genou D la coiffe des rotateurs D. Ces

troubles dégénératifs justifient des limitations fonctionnelles mais ne justifient pas une incapacité totale dans toute activité. L'obésité de classe III et le déconditionnement physique marqué, jouent un rôle dans les difficultés rencontrées par l'assurée. Ces éléments ne sont pas reconnus comme incapacitants.

Sur le plan psychiatrique : il s'agit d'une assurée âgée de 44 ans née au Kosovo, établie en Suisse depuis juin 2002. Au bénéfice de huit ans de scolarité primaire, elle reste au foyer, au pays. En Suisse, elle est engagée au 01.11.2002 dans l'entreprise familiale de gypserie-peinture en tant qu'ouvrière aide-peintre. Elle exerce cette activité jusqu'à un accident en date du 22.05.2003. Depuis lors, elle n'a plus pu reprendre d'activité professionnelle en raison d'une problématique douloureuse chronique.

L'examen de ce jour met en évidence une assurée de bonne constitution psychique, dont la vivacité d'esprit confirme l'absence de déficit de capacités intellectuelles. Le contact frappe par un comportement douloureux non systématisé, incohérent. A titre d'exemple, malgré l'allégation d'une atteinte du membre supérieur D, l'assurée mobilise son épaule D ainsi que tout le membre supérieur D d'une manière parfaitement harmonieuse et sans signe de douleur lorsqu'il s'agit de remplir sa procuration.

Malgré des notions de syndrome douloureux somatoforme persistant mentionnées, notamment par le psychiatre de la CRR, le Dr P._____, dans son consilium psychiatrique du 04.02.2004, l'examen de ce jour ne montre pas tous les critères permettant de poser ce diagnostic : en effet, il n'y a aucun sentiment de détresse et l'incohérence de la présentation douloureuse ne laisse aucune impression objectivable de souffrance. Ce psychiatre mentionne toutefois en fin de document que « l'absence d'un environnement social délétère et d'une souffrance psychologique significative au premier plan fait pourtant douter de ce diagnostic ». Par contre, ce document exclut toute pathologie psychiatrique d'accompagnement, ce qui permet un consensus face à une exigibilité professionnelle totale.

L'examen de ce jour s'accorde également à celui mentionné par le rapport médical 04.05.2004 du Dr K._____ de la SUVA lorsqu'il mentionne en page 3 que: « L'impression qui prévaut est bien plus celle d'une simulation que d'un trouble somatoforme douloureux. » Cette appréciation est corroborée par le rapport du Dr F._____ et du Dr D._____ de la CRR, daté du 30.03.2004, lorsque ces médecins décrivent en page 4 qu'ils ont été frappés par le comportement d'invalidé et que les lésions anatomiques observées ne justifient en soi pas un tel comportement d'exclusion.

En conséquence, l'examen psychiatrique de ce jour peut confirmer le comportement algique de l'assurée et exclure toute atteinte psychiatrique à la santé qui pourrait porter préjudice à l'exercice d'une activité professionnelle quelle qu'elle soit. Il n'y a donc aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique.

Les limitations fonctionnelles

Membre supérieur D: pas de travail au-delà de l'horizontale, pas de mouvement répété d'abduction-adduction, de flexion-extensions,

pas de port de charge supérieure à trois kilos, pas de soulèvement de charges le bras tendu.

Rachis cervical: pas d'attitude prolongée de la tête en extension, pas de mouvement en rotation rapide.

Rachis lombaire: pas d'attitude en porte-à-faux, pas de mouvement répété de flexion-extension, pas de port de charge globale au-delà de dix kilos, pas de position statique debout prolongée au-delà de trente minutes, assise au-delà d'une heure.

Genou D: pas de travail en position accroupie ou à genoux, pas de travail en position assise statique au-delà d'une heure, pas de marche d'une traite d'un kilomètre, pas de montée/descente répétée d'escaliers.

Depuis quand y'a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins?

L'assurée a été mise en arrêt de travail total après moins de sept mois d'activité dans l'entreprise familiale, suite à un accident datant du 22.05.2003. Aucune atteinte à la santé psychiatrique n'appuie cette mise en arrêt de travail.

Sur le plan somatique, l'incapacité de travail est totale depuis lors dans l'activité physiquement contraignante d'aide-peintre.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?

Sur le plan ostéoarticulaire: l'incapacité de travail est restée complète dans cette activité.

Sur le plan psychiatrique: l'assurée a développé un tableau douloureux chronique dont l'ampleur et l'extension ne sont pas en rapport avec les lésions objectivées à la suite de l'accident. Il s'agit d'un comportement algique en l'absence absolue et unanime d'atteinte psychiatrique à la santé.

Concernant la capacité de travail exigible.

Elle est déterminée par la tolérance mécanique des articulations citées, à savoir l'épaule D, le genou D, le rachis cervico-lombaire. Dans une activité respectant toutes les limitations fonctionnelles décrites, l'exigibilité est complète. Ceci est une appréciation purement médico-théorique, les chances d'un reclassement professionnel sont extrêmement restreintes en raison de l'amplification des symptômes que présente l'assurée. Les amplifications retenues à l'examen de ce jour ont été relevées à plusieurs reprises, par le Dr K. _____ de la SUVA mais également par le service de rééducation du Prof. F. _____ à Sion. Les éléments avancés par le Dr C. _____ pour justifier une incapacité totale dans toute activité ne sont pas du domaine médical. Les plaintes douloureuses polyarticulaires ne justifient pas une impossibilité de travailler dans une activité légère.

De façon théorique, l'état de santé de l'assurée permet l'activité décrite dans le dossier, physiquement légère, à hauteur de table ou d'établi; on ajoutera dans la précision du poste que l'assurée doit

pouvoir alterner les positions pour ne pas avoir de travail en position statique prolongée. L'exigibilité est totale dans une activité adaptée depuis la sortie de la CRR le 4.3.04.

CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE

Dans l'activité habituelle d'aide-peintre: 0 % pour des raisons somatiques.

Dans une activité adaptée: 100 %. Depuis le 4.3.04."

Par décision du 25 août 2008, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) a rejeté la demande de prestations de l'assurée. Sa décision se fondait sur les constatations médicales ressortant de l'examen bidisciplinaire précité du SMR. Si l'activité habituelle d'aide-peintre n'était plus exigible, dans une activité adaptée (légère, à hauteur de table ou d'établi, permettant l'alternance des positions et sans position statique prolongée), l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail exigible depuis mars 2004 (sortie de la Clinique Romande de Réadaptation [CRR] de la SUVA). Partant, après comparaison entre le revenu raisonnablement exigible sans invalidité (49'920 fr.) et celui d'invalidité (43'726 fr.), il en résultait une perte de gain de 6'194 fr. correspondant à un degré d'invalidité de 12,40 %, soit un taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

B. Le 14 juin 2010, E._____ a déposé une nouvelle demande de prestations AI. Elle y mentionnait une aggravation de son atteinte à la santé depuis 2008 en renvoyant aux certificats médicaux de ses médecins. Elle a produit en ce sens les pièces médicales suivantes:

- Un rapport médical du 18 mars 2010 du Dr X._____, médecin associé au service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du CHUV, adressé au conseil de l'assurée et dont il ressort les observations et conclusions suivantes:

"Diagnostics:

Lombalgies chroniques non spécifiques persistantes (2005)

- Troubles statiques et dégénératifs rachidiens sous forme de discopathies étagées L3-S1 et spondylarthrose étagée.

- Protrusion discale L4-L5 et L5-S1.

- Micro-instabilité segmentaire lombaire basse (L4-L5 et L5-S1).

Gonarthrose tricompartmentale varisante bilatérale, radiologiquement plus avancée à gauche (Rx 2007).

Tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs (2004)

- Rupture transfixiante du tendon du sus-épineux.

Suspicion de polyneuropathie (diabétique?) des membres inférieurs.
Obésité morbide.
Syndrome métabolique anamnétique

Dès lors, il est évident qu'une nouvelle demande est justifiée en raison des pathologies non reconnues, mais pourtant déjà présentes à l'époque de l'examen SMR (janvier 2008):

1. L'instabilité lombaire, dans le contexte des troubles dégénératifs multi-étagés lombaires (juillet 2007, IRM CHUV), le SMR ne retenant que le segment L5-S1.
2. La gonarthrose bilatérale et tricompartmentale (mars 2007, Hôpital orthopédique).
3. La suspicion de polyneuropathie diabétique (Dr H. _____ novembre 2006).
4. Un état anxio-dépressif probable, qui justifie une approche spécialisée universitaire.

Les situations physiologiques et psychologiques de cette patiente sont catastrophiques. La seule solution permettant éventuellement de débloquer les choses résiderait dans une large explication dans sa langue de l'ensemble du problème, permettant d'espérer ainsi une adhésion à des mesures thérapeutiques sous forme de la mise en route progressive et sur 2 à 3 ans d'une rééducation, elle-même couplée à des mesures visant à diminuer l'obésité, c'est-à-dire, par exemple, une chirurgie bariatrique. Une telle explication pourrait se faire en consilium in praesentia multidisciplinaire, avec son médecin de famille le Docteur A. _____, qui selon mes renseignements, parle sa langue.

Cette remarque signifie en fait que sans un traitement correct, même si l'administration définit une activité physique dite adaptée, celle-ci ne peut être que théorique, en l'absence de correction préalable des déficiences susmentionnées. Ainsi le traitement n'a pas encore pu être réalisé de façon adéquate, en partie pour des motifs qui échappent au champ médical. En l'état, il n'y a simplement aucune activité adaptée, sinon occupationnelle.

Enfin si les examens de la CRR, en 2004, ne retiennent pas d'état anxio-dépressif, actuellement, cette composante existe à un degré à déterminer par un examen attentif et spécialisé en milieu universitaire, de même que la composante physique (à moins que l'administration puisse accepter mon avis, basé sur un examen physique récent et mes compétences de spécialiste universitaire de la rééducation des lombalgies) comme probant."

- Un certificat médical du 31 mai 2010 établi par le Dr A. _____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant, qui confirmait une péjoration des atteintes à la santé de sa patiente depuis l'été 2008, notamment au niveau des genoux et sur le plan de la dépression.

- Un certificat médical du 12 octobre 2010 du Dr J. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, qui a posé les

diagnostics d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11), de difficultés dans les rapports avec le conjoint ou le partenaire (Z63.0), d'autres difficultés liées au mode de vie (difficultés économiques) (Z72.8) et de difficultés liées à l'acculturation (Z60.3). Ce médecin s'exprimait en ces termes s'agissant de l'état de santé de l'assurée:

"Discussion et pronostic

Nous constatons que Madame a des difficultés de nous parler de son ressenti et de sa souffrance psychique. Cela pourrait peut-être être compris d'une part par le manque d'instruction de Madame et sa difficulté à élaborer et d'autre part par le fait que dans la culture albanaise les consultations psychiatriques ne sont pas courantes, ni valorisées et aussi qu'il n'est pas accepté socialement qu'une femme exprime ses émotions et sa souffrance verbalement. De plus Madame se trouvant dans un pays étranger où elle ne connaît pas bien ni la culture ni la langue, les possibilités d'expression de sa souffrance se trouvent limitées.

Vu que la patiente n'arrive pas à exprimer verbalement ses émotions et ses souffrances, les plaintes somatiques de la patiente, restent le seul mode d'expression de sa détresse psychologique.

Vu la complexité de son contexte psychosocial, économique et culturel le pronostic reste réservé.

Conclusion

Madame E._____ se trouve dans une souffrance physique et psychique telle qu'elle se trouve très limitée dans les différentes sphères de sa vie, tant au niveau professionnel qu'au niveau social et personnel.

Sa souffrance psychique est exprimée par des symptômes physiques."

Au terme d'un avis médical SMR du 12 janvier 2011, le Dr A.R._____ a notamment relevé ce qui suit sur les éléments médicaux produits par l'assurée à l'appui de sa nouvelle demande:

"[...] La nouvelle demande est appuyée par un rapport du 18.03.2010 du Dr X._____ à Me Olivier Carré. Les plaintes détaillées de l'assurée sont mentionnées et on constate qu'elles sont superposables à celles recueillies lors de l'examen au SMR. Selon le rapport du Dr X._____, toutes les plaintes sont présentes depuis avant 2008.

Aucun nouveau cliché radiologique n'a été réalisé depuis 2008. Les diagnostics radiologiques retenus par le Dr X._____ sont les mêmes que ceux du SMR.

Le Dr X. _____ estime que l'impotence fonctionnelle résulte des douleurs, élément subjectif. Si, sous l'angle thérapeutique, il est juste de considérer que la tolérance à la douleur est propre à chacun et ne peut pas s'appliquer dans une approche médico-asséculo-logique, dans laquelle nous sommes tenus de garantir une égalité de traitement à chaque assuré, raison pour laquelle les limitations fonctionnelles doivent reposer sur des éléments médicaux objectivables.

Il est reproché au SMR de ne pas tenir compte des aspects limitatifs de l'obésité. Ce n'est pourtant qu'en stricte application des textes légaux que l'obésité a été classée dans les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail (CIIAI 1013). Relevons cependant que les conséquences de cette obésité, dont fait certainement partie la gonarthrose, ont été prises en compte dans l'établissement des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail.

Contrairement à ce qu'affirme le Dr X. _____, la capacité de travail dans une activité adaptée a été fixée dans un rapport médical établi par des médecins spécialistes et remplissant les critères requis par la jurisprudence, laquelle n'exige nullement d'avoir recours à des évaluations de la capacité fonctionnelle et encore moins à des tests psychométriques, ni des observations biomécaniques en physiothérapie et en ergothérapie.

Les diagnostics retenus par le Dr X. _____ sont superposables à ceux établis par le SMR en 2008 et sont d'ailleurs tous antérieurs à 2008, comme il l'atteste lui-même. L'affirmation que des pathologies non reconnues étaient déjà présentes en 2008 est erronée. En effet les troubles dégénératifs rachidiens sont reconnus au niveau cervical et lombaire et pas uniquement au niveau lombaire comme prétendu. La gonarthrose est également reconnue comme incapacitante; qu'elle soit tricompartimentale ou interne et fémoro-patellaire ne modifie en rien les limitations fonctionnelles ni la capacité de travail exigible. Quant aux diagnostics de polyneuropathie, il ne s'agit que d'une suspicion et pas d'une affection avérée; et l'état anxio-dépressif, qualifié de probable par le Dr X. _____, non spécialiste en psychiatrie, avait été exclu par un psychiatre FMH lors de l'examen au SMR et par le psychiatre de la CRR.

Le rapport du Dr X. _____ ne fait état d'aucun élément médical objectif nouveau postérieur à la décision AI entrée en force. Il n'y a donc pas lieu d'entrer en matière sous l'angle somatique.

Le certificat médical du Dr J. _____ du 12.10.2010 mentionne un suivi psychiatrique du 26.10.2009 au 23.08.2010. Il n'y aurait donc plus de prise en charge psychiatrique actuellement. L'anamnèse fait état essentiellement des douleurs physiques et de leur impact sur la vie familiale et conjugale. Relevons au passage que l'allégation d'une importante prise de poids depuis quelques années ne concerne pas la période 2008 - 2010, puisque le poids était de 116 kg en janvier 2008 et qu'il est de 114,7 [kg] en mars 2010 (cf. rapport du Dr X. _____ à Me Olivier Carré du 18.03.2010).

Le status psychiatrique tient en 5 ½ lignes. Les seuls éléments pathologiques relevés sont une humeur triste et des ruminations. Ces éléments sont nettement insuffisants pour poser le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11), tel que retenu par le Dr J._____, puisque selon la CIM-10 il faut au moins deux symptômes majeurs plus quatre symptômes mineurs pour fonder ce diagnostic. Quant aux diagnostics de «difficultés dans les rapports avec le conjoint ou le partenaire (Z63.0)», «autres difficultés liées au mode de vie (difficultés économiques) (Z72.8)» et «difficultés liées à l'acculturation (Z60.3)» ils situent clairement la problématique de cette assurée dans le domaine psycho-social plutôt que bio-médical.

Ce rapport ne permet pas de retenir une cause bio-médicale d'incapacité de travail durable et ne remet pas en question les évaluations psychiatriques antérieures faites à la CRR et au SMR.

Par conséquent, sous l'angle psychiatrique non plus, il n'y a pas lieu d'entrer en matière sur cette demande subséquente."

Par projet de décision du 17 janvier 2011, se basant sur les constatations qui précèdent de son service médical, l'OAI a rejeté la demande de prestations. En annexe à son opposition du 4 mars 2011, l'assurée a produit un rapport médical du 22 février 2011 du Dr A._____ à teneur duquel, le médecin traitant notait, à sa consultation de février 2011, une exacerbation des douleurs de sa patiente au niveau des deux genoux. Il indiquait en sus, qu'un récent bilan radiologique démontrait une gonarthrose bilatérale très sévère, tricompartmentale sans traitement possible (rapport radiologique du 4 février 2011). Il concluait à une nette péjoration de l'état de santé par rapport à 2008.

Le 1^{er} juin 2011, l'assurée a encore produit un nouveau rapport médical du 14 avril 2011 établi par le Dr X._____, à la teneur suivante:

"Je vous confirme par la présente, en vous renvoyant à la page 5 de mon rapport de mars 2010, qu'il existe indéniablement des éléments nouveaux qui n'ont pas été pris en compte par l'examen médical du SMR, sous la forme de l'instabilité lombaire, d'une gonarthrose qui, à l'époque et pour les médecins du SMR, n'était qu'à droite mais qui est également à gauche et qui a été documentée en mars 2007 par des clichés à l'hôpital orthopédique, d'une suspicion d'une atteinte neurologique diabétique par le Dr A._____ en novembre 2006, également passée sous silence, et, finalement, d'un état anxio-dépressif dont le premier diagnostic remonte à 2004 et qui, actuellement, est actif, ce qui est également un élément nouveau. [...]"

Dans un avis médical du 19 octobre 2011, le Dr A.R. _____ a observé que le rapport précité du Dr X. _____ se référait à des éléments documentés entre 2004 et 2007, de sorte qu'il ne pouvait pas s'agir de faits nouveaux par rapport à l'examen clinique SMR du 21 janvier 2008 et que la simple appréciation différente d'éléments antérieurs à la dernière décision n'attestait pas de faits nouveaux.

Par décision du 1^{er} novembre 2011, l'OAI a confirmé le rejet de la nouvelle demande de prestations. Ses constatations s'articulaient comme il suit:

"Du point de vue médical, votre dossier a fait l'objet d'un examen approfondi par le Service médical régional.

Au vu de ce qui précède, force est de constater que le rapport médical du Dr X. _____ du 18 mars 2010 ne fait état d'aucun élément médical objectif nouveau postérieur à notre décision du 25 août 2008. Il n'y a dès lors pas lieu d'entrer en matière sous l'angle somatique.

Le rapport médical du Dr J. _____ du 12 octobre 2010 ne permet pas de retenir une cause bio-médicale d'incapacité de travail durable et ne remet pas en question les évaluations psychiatriques antérieures faites à la Clinique romande de réadaptation et au Service médical régional. Par conséquent, sous l'angle psychiatrique non plus, il n'y a pas lieu d'entrer en matière."

C. Par acte du 2 décembre 2011, E. _____, représentée par Me Olivier Carré, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois contre la décision de rejet précitée. Elle a conclu, avec suite de dépens, à l'annulation de la décision attaquée ainsi qu'au constat de son droit aux prestations de l'assurance-invalidité, subsidiairement, au renvoi du dossier de la cause à l'autorité inférieure pour complément d'instruction puis nouvelle décision. Elle soutenait être très atteinte dans sa santé et a produit à cet effet, les pièces médicales suivantes:

- Un rapport médical du 1^{er} décembre 2011 du Dr T. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, dont il résulte que la recourante a subi une opération orthopédique le 26 octobre 2011 (implantation de prothèses totales au genou pour le côté gauche [sic!], l'autre côté devant probablement aussi être opéré dans un délai d'environ 6 à 12 mois après

récupération du premier côté). A compter de l'opération en question, ce spécialiste considère que l'assurée se trouve en incapacité de travail totale. Le Dr T. _____ indique avoir vu la recourante pour la première fois le 20 mai 2011 dans le cadre d'une arthrose de genou bilatérale devenant de plus en plus invalidante.

- Un courrier médical du 29 novembre 2011 du Dr A. _____ adressé au représentant de la recourante, dont il résulte une péjoration de la situation sur le plan orthopédique, à savoir une gonarthrose sévère bilatérale qui a finalement donné lieu au geste chirurgical pratiqué par le Dr T. _____. Le médecin traitant évoque en outre, une nette aggravation des douleurs lombaires.

En annexe à sa réponse du 12 mars 2012, l'OAI a produit un avis médical SMR du 7 mars 2012 auquel il se ralliait et qui, au vu des pièces médicales produites en cause, retenait l'existence d'un fait nouveau survenu cinq jours avant la décision litigieuse justifiant une incapacité de travail totale en toute activité d'une durée minimum de trois mois. L'intimé en a conclu que cette modification nécessitait de reprendre l'instruction du dossier.

Par réplique du 12 avril 2012, la recourante a déclaré être disposée à retirer son recours moyennant engagement de l'OAI à reprendre l'instruction sur le plan médical par une expertise pluridisciplinaire "embrassant toutes les affections révélées par les pièces produites dans le dossier AI, ou à l'appui du recours (soit notamment les suites persistantes de l'affection de l'épaule, qui n'ont pas été considérées comme invalidantes au sens de l'AI, à elles seules, en 2008, mais également tous les problèmes de santé révélés par le Dr X. _____, ainsi que par les Drs A. _____ et T. _____, y inclus les problèmes orthopédiques, dorso-lombaires, diabète insulino-dépendant, et psychiatriques)" et non qu'il se limite à investiguer les inconvénients professionnels résultant des suites opératoires de la pose d'une prothèse, d'un seul des deux genoux atteints.

Par duplique du 3 mai 2012, l'office intimé, a préavisé pour le rejet du recours. Il a constaté que, dans sa nouvelle demande, la recourante avait produit un rapport médical du Dr X._____ du 14 juin 2010 (recte: 18 mars 2010). Or, ainsi que le SMR le relevait, dans son avis du 12 janvier 2011, les plaintes de la recourante étaient superposables à celles recueillies à l'occasion de l'instruction de la première demande. En outre, aucun nouveau cliché radiographique n'avait été réalisé depuis 2008, attestant que l'appréciation du Dr X._____ consistait en une appréciation différente d'un même état de fait. Le SMR exposait dans son avis les raisons pour lesquelles il estimait qu'aucun nouvel élément médical n'apparaissait. L'OAI notait qu'en définitive la seule aggravation attestée et admise par son service médical était l'opération d'implantation d'une prothèse totale du genou gauche. Il était par ailleurs admis que dite opération avait entraîné une incapacité de travail totale dans toute activité à compter de l'opération et pour une durée minimale de trois mois (cf. avis médical SMR du 7 mars 2012). Dès lors que l'aggravation de l'état de santé était (date de l'opération) survenue seulement quelques jours avant la décision litigieuse, le délai de carence n'avait à l'évidence pas pu s'écouler. Partant cette aggravation devait être prise en considération dans le cadre d'une éventuelle nouvelle demande, en particulier le fait de savoir si l'incapacité avait duré au moins une année.

Dans ses déterminations du 25 juillet 2012, la recourante a demandé l'octroi d'un délai supplémentaire afin de recueillir des informations médicales complémentaires de nature à établir l'aggravation de son état de santé sur l'ensemble de ses aspects.

Les 3 septembre, 5 octobre et 17 décembre 2012, la recourante a produit en cause divers rapports et certificats médicaux, dont en particulier:

- Un rapport radiologique des genoux de la recourante du 4 février 2011 établi par le Dr Q._____ de l'institut de radiologie médicale [...] SA à Lausanne, dont il ressortait l'existence d'une gonarthrose

tricompartimentale sévère des deux genoux prédominant à la hauteur des compartiments internes.

- Un rapport médical du 22 août 2012 du Dr T. _____ adressé au conseil de la recourante à teneur duquel, ce spécialiste précise ne pas pouvoir se prononcer ne disposant pas de l'ensemble des documents médicaux. Il lui est difficile de déterminer avec exactitude le moment de la survenance d'une aggravation significative de la gonarthrose bilatérale observée lors de son examen du 20 mai 2011, étant précisé qu'il peut y avoir une assez nette discrèpence entre les radiographies réalisées lors de l'évaluation faite par le Dr X. _____ et le tableau douloureux, ainsi que la gêne fonctionnelle constatés.

- Un courrier médical complété le 5 septembre 2012 par le Dr X. _____ en réponse aux questions du conseil de la recourante, dont il ressort en particulier ce qui suit:

"[...]

d) Est-il exact que vous n'aviez pas fait réaliser de clichés, du fait que, selon l'expérience commune et toute la littérature médicale, il n'y a pas forcément de corrélation claire entre l'imagerie radiologique d'un côté, les données cliniques de l'autre?

Oui, car ce qui était disponible suffisait à éclaircir la situation.

e) Est-il exact toutefois qu'il résulte du rapport d'imagerie du 4 février 2011, dont je vous avais donné lecture par téléphone, ainsi que votre souvenir, que nous sommes en présence d'une aggravation établie également au niveau radiologique désormais?

Si ma mémoire est bonne, oui. Les radiographies doivent être chez Mme E. _____, je pourrais éventuellement les revoir et les comparer aux clichés de 2011 qu'elle doit également avoir.

f) Est-il exact qu'il conviendrait plutôt, dans l'affaire qui nous préoccupe, de demander un avis incluant l'évaluation des limitations fonctionnelles?

Indispensable en l'absence de toute autre méthode disponible selon la médecine dite factuelle.

g) Est-il exact que, selon l'expérience, la convalescence limitée à trois mois, après une pose de prothèse, est théorique, et qu'il arrive que cette convalescence soit beaucoup plus longue, voire qu'elle ne se termine jamais, suivant la manière dont la prothèse est tolérée, ou non?

Oui."

- Un courrier médical du 29 novembre 2012 adressé au conseil de la recourante par le Dr T._____. Ce spécialiste mentionnait une récupération post-opératoire partielle du genou droit à 1 an post-prothèse totale ainsi qu'une gonarthrose gauche avec une seconde intervention envisagée en automne 2013 au vu d'un décours post-opératoire très laborieux en raison des douleurs initiales. Ce spécialiste indiquait qu'étant donné la gonarthrose gauche plus des difficultés dans sa jambe droite aussi en relation avec son importante surcharge pondérale, la recourante n'était pas en mesure d'exercer une activité professionnelle en position debout, des positions assises prolongées lui étant par ailleurs difficiles compte tenu des douleurs dans son articulation gauche. Il précisait en outre qu'en l'état actuel des tentatives de reconversion professionnelle lui paraissaient illusoire tant que le genou gauche n'aurait pas été opéré.

Par déterminations du 4 février 2013, l'OAI a précisé ce qui suit:

"Nous avons soumis dit rapport ainsi que les pièces médicales produites en annexe aux courriers de l'assurée des 25 juillet, 3 septembre et 5 octobre 2012 au Service médical régional pour prise de position, et nous nous rallions à son avis du 10 janvier 2013 [recte: 8 janvier 2013], dont copie figure en annexe à la présente. Ce dernier admet une aggravation de l'état de santé depuis le 4 février 2011, date du rapport radiologique du Dr Q._____ qui fait état d'une gonarthrose sévère des deux genoux entraînant une incapacité de travail totale dans toute activité.

Conformément à l'article 28 de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité, le droit à la rente est ouvert à la condition notamment que l'assuré ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable.

En l'espèce, le délai de carence commence à courir le 4 février 2011 et échoit le 4 février 2012. La décision litigieuse étant datée du 1^{er} novembre 2011, l'aggravation de l'état de santé ne pourra être prise en considération que dans le cadre d'une demande ultérieure."

Au terme d'un avis médical SMR du 8 janvier 2013, le Dr W._____, spécialiste en néphrologie, a fait les observations suivantes:

"Il s'agit d'une assurée de 48 ans, originaire du Kosovo, entrée en Suisse en juin 2002, travaillant comme aide-plâtrier dans l'entreprise

de son mari avant d'être déclarée en ITT [incapacité de travail totale] 11 mois plus tard en raison d'une rupture de la coiffe des rotateurs au niveau de l'épaule droite.

Une 1^{ère} demande de prestations AI est déposée le 30.04.2004: une CT [capacité de travail] exigible entière pour une activité adaptée a été retenue.

Le dossier est à nouveau soumis à l'office pour une atteinte à la santé associant des lombalgies, des cervicalgies et des gonalgies évoluant dans le cadre d'une obésité morbide ainsi qu'un syndrome dépressif. L'instruction comportant un examen clinique SMR bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique le 21.01.2008 confirme l'appréciation initiale et en particulier la CT entière exigible dans une activité adaptée. Par ailleurs, la discordance entre les allégations de l'assurée et les constatations radio-cliniques objectivées est soulignée avec une tendance à l'amplification des plaintes (RM SMR 03.03.2008 Dr B._____). Le degré d'invalidité est estimé à 12,40% et la décision de refus de rente entre ainsi en force le 22.08.2008.

Une 2^{ème} demande est déposée le 14.06.2010. Les données médicales fournies (Dr J._____, RM 12.10.2010) ne revêtent pas de caractère novateur suffisant pour une entrée en matière, «*la problématique de l'assurée se situant clairement dans le domaine psycho-social plutôt que bio-médical*» (RM 12.01.2011 Dr A.R._____ Médecin-Chef adjoint SMR).

Le projet de décision d'un 2^{ème} refus fait l'objet d'une contestation de la part de l'assurée par la voix de son conseil avec un recours déposé au TCA le 02.12.2011 mais finalement suspendu en raison d'instruction complémentaire motivée par l'évolution de l'état de santé de l'assurée. En effet, l'assurée s'est faite opérer le 26.10.2011 pour une implantation d'une prothèse totale du genou gauche, responsable d'une ITT dans toute activité pour au moins 3 mois.

La copie du courrier communiquée à l'OAI par le conseil de l'assurée et qui lui a été adressé à sa demande par le Dr T._____ (Chirurgie orthopédique FMH [29.11.2012]) fait état:

- d'une récupération post-opératoire partielle au niveau du genou droit à 1 an.
- d'une gonarthrose sévère gauche pour laquelle une intervention serait programmée qu'en automne 2013, compte tenu «*du décours post-opératoire très laborieux*». L'importante surcharge pondérale contribue lourdement à limiter les capacités actuelles de reprise d'une activité nécessitant le maintien prolongé de positions debout ou assises.

En conclusion:

- l'aggravation de l'état de santé est reconnue depuis le 26.10.2011 et justifie une entrée en matière.
- merci de nous faire parvenir le questionnaire médical AI dûment renseigné par le chirurgien (Dr T._____). Ce rapport intermédiaire devra détailler pour le genou droit, la date de status ainsi que les

limitations fonctionnelles résiduelles et leur éventuel impact pour une activité adaptée."

Dans ses déterminations du 8 avril 2013, la recourante a fait valoir qu'il était admis entre les parties que sa situation s'était aggravée de sorte qu'elle était en incapacité de travailler, cette situation devant perdurer encore jusqu'au printemps, voire jusqu'à l'automne 2014, dans toute son ampleur. Elle soutenait que cette atteinte dégénérative ne s'était pas développée en quelques semaines ou mois mais qu'il paraissait évident qu'elle était déjà largement présente au moment de la décision querellée et qu'en cas de doutes éventuels, cela devrait faire l'objet d'une expertise. Elle produit une nouvelle demande de prestations AI du 31 juillet 2012 déposée en relation avec l'aggravation de son état de santé, à tout le moins, depuis le 26 novembre 2011.

Par déterminations du 18 juin 2013, l'OAI a indiqué que les rapports médicaux produits en cause par la recourante seraient pris en considération dans le cadre de la nouvelle demande déposée le 31 juillet 2012, soit le rapport du Dr T. _____ du 22 mars 2013, le rapport du Dr C. _____ du 1^{er} mars 2013 qui atteste une incapacité de travail probable en 2013 avec reprise du travail en 2014, les rapports du Dr T. _____ des 23 mai 2013 qui suggèrent de prendre avis auprès du service d'orthopédie de l'Hôpital de [...] en vue d'un éventuel geste chirurgical à l'épaule droite de la recourante, une IRM du 5 avril 2013 de la Dresse L. _____ de la Clinique de [...] qui conclut à une rupture complète du sus-épineux avec rétraction de la jonction musculo-tendineuse et amyotrophie de stade II du muscle sus-épineux, des déchirures étendues du tendon sus-épineux et du tendon sous-scapulaire, une déchirure longitudinale du tendon LCB dans la gouttière bicipitale et subluxation médicale de celui-ci dans sa portion supérieure, une fracture de Hill-Sachs du bord postéro-supérieur de la tête humérale et une suspicion de déchirure de la portion antéro-inférieure du bourrelet glénoïdien à un équivalent de Bankart, le rapport du 8 avril 2013 du Dr C. _____ qui relève qu'il est difficile d'envisager une capacité de travail pour une période de un an et demi au minimum, la situation devant être réévaluée courant 2014.

Le 7 octobre 2013, la recourante a produit un courrier de l'OAI lui indiquant qu'un projet de décision d'octroi de rente, basé sur une incapacité de travail admise depuis février 2011, lui serait envoyé à réception du jugement de la Cour des assurances sociales.

E n d r o i t :

1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 95 LPA-VD) et respecte les autres conditions de recevabilité. Il convient donc d'entrer en matière.

2. a) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

- 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;
- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable;
- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière pour un taux d'invalidité de 70% au moins.

b) L'art. 8 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 al. 1 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Ces dispositions, tant dans leur teneur en vigueur du 1^{er} janvier au 31 décembre 2003 (RO 2002 pp. 3372 ss.) que dans celle en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 p. 3854), reprennent matériellement les dispositions de la LAI qui régissaient la matière jusqu'à l'entrée en vigueur de la LPGA, le 1^{er} janvier 2003 (ATF 130 V 343 consid. 3). Dans le même sens, l'art. 7 al. 2 LPGA, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2008, n'a pas modifié les notions d'incapacité de travail, d'incapacité de gain ni d'invalidité (cf. ATF 135 V 215 consid. 7). Sur le fond, la définition de l'invalidité est restée la même.

Elle implique, pour établir le taux d'invalidité des personnes qui exerceraient une activité lucrative à plein temps si elles n'étaient pas atteintes dans leur santé, de comparer le revenu qu'elles pourraient obtenir dans cette activité («revenu hypothétique sans invalidité») avec celui qu'elles pourraient obtenir en exerçant une activité raisonnablement exigible, le cas échéant après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré («revenu d'invalide»); c'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.4).

c) 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. 3 et 4 RAI [Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961, RS 831.201] tel qu'en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, actuellement art. 87 al. 2 et 3 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3 et 117 V 198 consid. 4b). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b; TF I 716/2003 du 9 août 2004, consid.4.1).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI (tel qu'en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011) et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2b; TF 9C_970/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.2).

Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b; TF 9C_970/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.2). Dans une telle situation, il convient de traiter l'affaire au fond

et de 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 LPGA, si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, d'une part, et la décision litigieuse, d'autre part, 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 et 130 V 75 consid. 3.2).

3. En l'occurrence, l'intimé est entré en matière sur la seconde demande de prestations déposée le 14 juin 2010 par la recourante. Il convient dès lors d'examiner si son état de santé s'est modifié depuis la décision de refus du 25 août 2008 entrée en force, dans une mesure propre à justifier désormais l'octroi de prestations d'assurance.

4. a) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 125 V 352 consid. 3).

b) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le Tribunal fédéral a considéré que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un Service médical régional de l'assurance-invalidité était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en oeuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 cité, consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lient à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséurologique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

5. L'Office AI a accepté d'entrer en matière sur l'examen de la nouvelle demande AI déposée le 14 juin 2010 par l'assurée. Instruisant le cas, il a retenu que l'état de santé de la recourante ne s'était pas modifié (aggravé) depuis la décision de refus entrée en force du 25 août 2008. Sur le plan somatique, les plaintes exprimées par la recourante auprès du Dr X. _____ étant superposables à celles établies par le SMR en janvier 2008 et les diagnostics radiologiques posés par le Dr X. _____ étant identiques à ceux du SMR. Sous l'angle psychiatrique, le rapport du Dr J. _____ du 12 octobre 2010 n'est pas de nature à rediscuter le bienfondé de l'évaluation psychiatrique du SMR. L'intimé considère d'autre part, comme établi le fait que la situation médicale de la recourante s'est aggravée à compter du 4 février 2011, date du rapport radiologique du Dr Q. _____ qui fait état d'une gonarthrose sévère des deux genoux entraînant une incapacité de travail totale dans toute activité. Le délai de carence étant échu le 4 février 2012 et la décision litigieuse datant du 1^{er} novembre 2011, elle s'avère en adéquation avec l'état de santé de la recourante à cette époque.

La recourante soutient que l'atteinte dégénérative l'affectant était déjà largement présente au moment de la décision litigieuse, de sorte que cette dernière serait en définitive infondée.

a) Sous l'angle somatique, le Dr X. _____ pose les diagnostics de:

- Lombalgies chroniques non spécifiques persistantes (2005) (Troubles statiques et dégénératifs rachidiens sous forme de discopathies étagées L3-S1 et spondylarthrose étagée, protrusion discale L4-L5 et L5-S1 et micro-instabilité ségmentaire lombaire basse [L4-L5 et L5-S1]).
- Gonarthrose tricompartimentale varisante bilatérale, radiologiquement plus avancée à gauche (Rx 2007).
- Tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs (2004)
- Rupture transfixiante du tendon du sus-épineux.
- Suspicion de polyneuropathie (diabétique?) des membres inférieurs.
- Obésité morbide.
- Syndrome métabolique anamnestique.

On observe toutefois que ces diagnostics se recoupent avec ceux retenus en son temps par les spécialistes du SMR au terme de leur examen bidisciplinaire du 21 janvier 2008. Ainsi, les troubles dégénératifs rachidiens étaient reconnus au niveau cervical et lombaire ("contexte de discopathie modérée en C5-C6, avancée en L5-S1") et pris en compte dans les limitations fonctionnelles. La gonarthrose était également reconnue comme incapacitante. S'agissant de la polyneuropathie, le Dr X. _____ précise qu'il ne s'agit que d'une suspicion et non pas d'une affection avérée. Quant à l'état anxio-dépressif probable, il ne saurait être relevant dans la mesure où il est posé par le Dr X. _____, non spécialiste en psychiatrie, alors qu'il avait été exclu en son temps par la Dresse S. _____, psychiatre du SMR. Les plaintes multiples évoquées par la recourante devant le Dr X. _____ sont superposables à celles rapportées aux spécialistes du SMR. On observe pour terminer l'absence de radiographies réalisées depuis 2008 par le Dr X. _____ à l'appui de son

rapport du 18 mars 2010. De plus et comme ce dernier le précise lui-même, les pathologies mises en évidence étaient déjà présentes à l'époque de l'examen SMR de janvier 2008. On retient par conséquent que le Dr X._____ ne fait pas état d'éléments médicaux objectifs nouveaux postérieurs à la décision de refus entrée en force. A cet égard, la cour retient que l'avis émis par le Dr X._____ constitue une appréciation différente de la même situation médicale que celle observée en janvier 2008 par les médecins du SMR et ne permet dès lors pas de conclure à l'existence d'une aggravation (cf. consid. 2c supra). Les experts du SMR avaient connaissance de l'IRM de février 2007 qui ne concernait, contrairement à ce que soutient le Dr X._____, que le genou droit et qui relevait une gonarthrose interne et fémoro-patellaire ainsi qu'une déchirure du ménisque interne.

A l'inverse, on constate à lecture des pièces médicales produites, en particulier le rapport radiologique du 4 février 2011 du Dr Q._____, une aggravation de l'état de santé de la recourante (gonarthrose tricompartmentale sévère des deux genoux) qui a ultérieurement donné lieu à l'opération orthopédique pratiquée le 26 octobre 2011 (implantation de prothèses totales au genou gauche) et dont il résulte incontestablement une incapacité de travail totale de durée supérieure à trois mois (cf. rapport médical du 1^{er} décembre 2011 du Dr T._____ et avis médical SMR du 7 mars 2012 ainsi que la réponse du 12 mars 2012 de l'OAI). A cet égard, dans un rapport du 22 août 2012, le Dr T._____, qui ne suit la patiente que depuis le 20 mai 2011 à la suite d'une aggravation des douleurs aux genoux, relevait la discrédence qu'il peut exister entre l'IRM et les douleurs et gênes fonctionnelles.

b) Sur le plan psychiatrique, la Dresse S._____ du SMR n'avait pas retenu au début 2008 de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée. Ce psychiatre précisait à ce propos que la recourante "avait développé un tableau douloureux chronique dont l'ampleur et l'extension ne sont pas en rapport avec les lésions objectivées à la suite de l'accident. Il s'agit d'un comportement algique en l'absence absolue et unanime d'atteinte psychiatrique à la santé". A l'appui de sa

demande du 14 juin 2010, la recourante produit un certificat médical du 12 octobre 2010 du Dr J._____. Ce psychiatre pose différents diagnostics qu'il considère être invalidants en précisant qu'au vu de la complexité du contexte psychosocial, économique et culturel de l'assurée, le pronostic reste réservé. L'anamnèse fait principalement mention de douleurs physiques ayant des impacts sur la vie de la recourante. Les diagnostics posés (notamment celui d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique [F32.11]) le sont sans pour autant disposer de substrats pathologiques suffisants. Il est de surcroît fait mention par le Dr J._____ d'une psychothérapie du 26 octobre 2009 au 23 août 2010 à raison d'une séance par mois, laissant augurer qu'il n'y aurait plus de suivi depuis lors. Par ailleurs - et ainsi que cela ressort de l'avis médical SMR du 12 janvier 2011 du Dr A.R._____ -, force est d'observer que les diagnostics posés ainsi que la discussion du cas par le Dr J._____, situent la problématique de la recourante plus dans un contexte psycho-social que dans celui bio-médical. A l'aune de ces constatations, la cour de céans ne peut pas retenir au degré de la vraisemblance prépondérante, l'apparition d'affections psychiatriques à caractère invalidant postérieures à la décision de refus de prestations du 25 août 2008.

c) Finalement, il est établi que l'état des deux genoux de la recourante s'est aggravé probablement au plus tôt le 4 février 2011 (une opération ayant été pratiquée le 26 octobre 2011 par le Dr T._____), de sorte que le délai de carence d'une année pour lui ouvrir le droit éventuel à la rente (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI) échoit le 4 février 2012. Une nouvelle expertise, demandée par la recourante en instance de recours, n'est pas nécessaire pour statuer. Puisque la décision litigieuse est datée du 1^{er} novembre 2011, elle s'avère en conformité avec l'état de santé de la recourante, respectivement avec l'influence de celui-ci sur le droit éventuel à la rente, à cette date. L'aggravation de l'état de santé mise en évidence pourra être examinée et prise en compte uniquement dans la cadre d'une nouvelle demande de prestations ultérieure, tel que cela est présentement le cas, une telle demande ayant été déposée le 31 juillet 2012 (cf. déterminations de la recourante du 8 avril 2013 et celles de l'OAI du 18 juin 2013).

6. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI); 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 francs (art. 2 al. 1 TFJAS [Tarif cantonal vaudois du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2], applicable par renvoi de l'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 (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, puisque la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 1^{er} novembre 2011 est confirmée.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de E._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Olivier Carré (pour E. _____),
- 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).

Le greffier :