

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 avril 2015

Composition : M. MERZ, président
Mme Röthenbacher, juge, et Mme Dormond Béguelin,
assesseure
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 6, 7, 8 et 17 LPGA ; art. 28 LAI ; art. 87 et 88a al. 1 RAI.

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante portugaise née en 1959, mère de trois enfants nés respectivement en 1979, 1981 et 1987, est entrée en Suisse en 1987 pour y rejoindre son époux et exercer une activité lucrative.

En date du 22 mars 1996, elle a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) tendant à un reclassement professionnel, motif pris de « douleurs dans le dos et les jambes », exacerbées par son activité de veilleuse de nuit dans un établissement médico-social.

L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a procédé à l'instruction du cas, en interpellant les Drs E._____ et D._____, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistante au sein de la Policlinique Q._____ du Centre hospitalier C._____. A l'issue d'un rapport du 1^{er} mai 1996, ces spécialistes ont posé les diagnostics de « trouble somatoforme douloureux », « lombo-fessalgies bilatérales avec discrets troubles dégénératifs L5-S1 », « brachialgies bilatérales », « céphalées », « status après hystérectomie en juin 1995 » et « obésité ». Ils relevaient que ces atteintes à la santé avaient nécessité des interruptions de travail fluctuantes dès avril 1995, mais que la capacité de travail était de nouveau entière depuis le 1^{er} mars 1996.

Sur la base de ces éléments, l'OAI a rejeté la requête de mesures professionnelles de l'assurée par décision du 25 novembre 1996, laquelle est entrée en force.

B. L'assurée a formulé une deuxième demande de prestations de l'AI par dépôt du formulaire ad hoc auprès de l'OAI le 9 octobre 2002, sollicitant l'octroi d'une rente en raison d'une « fibromyalgie ».

En cours d'instruction de cette nouvelle demande, l'OAI a rassemblé divers avis médicaux, dont ceux de la Dresse G._____, chef de clinique adjointe du Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du Centre hospitalier C._____, et du Dr F._____, spécialiste en médecine interne. Ces médecins ont tous deux confirmé le diagnostic de « fibromyalgie », sans toutefois ne faire état d'une quelconque incapacité de travail.

Après s'être enquis de l'appréciation du Service médical régional AI (ci-après : le SMR), l'OAI a rendu une décision le 8 décembre 2004, niant le droit de l'assurée à une rente d'invalidité en l'absence d'atteinte invalidante à sa santé. Faute d'opposition, cette décision est également entrée en force.

C. Agissant au nom de sa patiente, le Dr H._____, médecin généraliste traitant de l'assurée, s'est adressé à l'OAI par correspondance du 13 novembre 2006 et a requis le réexamen du droit à une rente. Il a précisé que l'assurée présentait une polysymptomatologie sous forme de « fibromyalgie », « hypertension artérielle », « hyper-cholestérolémie » et « obésité », laquelle provoquait d'importantes douleurs.

Le 9 janvier 2007, il a en outre informé l'OAI avoir oublié de mentionner l'apparition d'un « canal étroit lombaire sur protrusion discale et arthrose » et produit un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM), établi par la Dresse J._____, spécialiste en radiologie, le 27 octobre 2006. Il ressort notamment de ce document que « le canal lombaire est de dimensions normales, ses parois régulières » sans « défaut d'alignement ». A titre de conclusions, sont relevées des « protrusions discales étagées postéromédiane en L4-L5 et postéromédiane paramédiane gauche en L5-S1 » et une « hypertrophie des ligaments jaunes en L4-L5 contribuant à rétrécir le canal lombaire. »

Le 14 novembre 2007, le Dr H._____ a établi un rapport plus détaillé à l'attention de l'OAI, dans lequel il a mentionné les diagnostics

principaux de « fibromyalgie » et de « discopathie L4-L5 postéromédiane gauche L5-S1 » et prescrit une incapacité de travail totale à compter du 31 mars 2007, l'état de santé étant décrit comme stationnaire.

Était notamment joint à son rapport un compte-rendu d'examen établi le 28 avril 2006 par le Dr L._____, spécialiste en neurologie, selon lequel les douleurs ressenties par l'assurée entraient dans le cadre de la fibromyalgie, aucun élément ne postulant en faveur d'une atteinte radiculaire ou d'un syndrome du défilé costo-claviculaire.

Le Dr H._____ a également annexé un rapport du Dr K._____, spécialiste en endocrinologie et médecine interne, du 8 décembre 2006, relatant un « début de remaniement de la thyroïde comprenant une formation nodulaire de son lobe gauche », lequel ne nécessitait qu'une surveillance ponctuelle annuelle ou bisannuelle.

Le 30 juin 2008, le Dr M._____, médecin au sein du SMR, a émis son appréciation de la situation, considérant l'absence d'aggravation « source d'empêchements durables à l'intégration de l'assurée au monde de l'économie » et une capacité de travail « inchangée depuis la dernière décision Al. »

Fort de cet avis, l'OAI a rendu un projet de décision le 7 juillet 2008, par lequel il a envisagé de refuser toutes prestations Al au vu d'une capacité de travail entière et de l'absence d'atteinte à la santé invalidante.

Par courrier du 15 juillet 2008, l'assurée a contesté ce projet, informant l'OAI que son état de santé s'aggravait et que ses douleurs étaient telles qu'elles l'empêchaient d'accomplir ses tâches ménagères. Elle demandait par conséquent la mise en œuvre d'une expertise médicale.

Par décision du 25 septembre 2008, l'OAI a repris les termes de son projet de décision du 7 juillet 2008 et prononcé un refus de toutes prestations.

Statuant sur recours de l'assurée, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal l'a rejeté et confirmé la décision précitée par arrêt du 13 décembre 2010 en la cause AI 534/08 - 493/2010, entré en force de chose jugée. Au titre de motifs de rejet dudit recours, on peut lire notamment ce qui suit au considérant 4 de l'arrêt en question :

« [...] Or, s'il est vrai qu'aucun psychiatre ne s'est prononcé sur la problématique de la fibromyalgie, il convient toutefois de relever que la recourante n'a jamais estimé nécessaire de suivre un traitement psychiatrique, alors même que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux - auquel la jurisprudence assimile celui de fibromyalgie

(cf. notamment ATF 132 V 65 consid. 4.1 ; TFA I 805/04 du 20 avril 2006 consid. 5.2.1 et les références citées) - avait été posé en 1996 déjà. A cette époque, l'assurée présentait d'ailleurs une pleine capacité de travail selon l'avis des médecins consultés. Partant, la mise en œuvre d'une expertise à ce stade n'apparaît pas justifiée. Il en va de même pour les atteintes de type somatique, dès lors que, comme le relève à juste titre l'OAI, aucun autre médecin ne retient une quelconque incapacité de travail. En particulier, le Dr L._____ note qu'« il n'y a pas d'éléments clairement indicateurs d'une atteinte radiculaire ou un syndrome du défilé costo-claviculaire » et que même si le « présent bilan ne permet pas d'écarter définitivement un syndrome radiculaire ou un syndrome du défilé costo-claviculaire [...], le caractère des plaintes et les constatations cliniques n'apportent aucun argument déterminant en faveur de l'une ou l'autre des hypothèses précitées ». En outre, si le Dr H._____ tient à préciser que l'intéressée présente l'apparition d'un canal étroit lombaire sur protrusion discale et arthrose, il ne considère toutefois pas cette affection comme étant invalidante. Enfin, il ne se prononce pas sur la capacité de travail exigible dans une activité adaptée et ne fait état d'aucune limitation fonctionnelle. Cela étant, c'est à raison que l'OAI s'est fondé sur l'avis du SMR du 30 juin 2008, qui a repris les résultats de l'IRM lombaire et tenu compte notamment des observations du Dr L._____ avant de conclure à l'absence d'une aggravation de l'état de santé de la recourante l'entravant de manière durable dans sa capacité de travail. L'appréciation du Dr H._____, qui plus est médecin traitant de l'intéressée, donc empreint d'une propension naturelle à se prononcer en faveur de cette dernière, ne saurait dès lors emporter la conviction de la cour, au détriment des autres rapports médicaux versés au dossier, lesquels sont, contrairement à ce que fait valoir l'intéressée, clairs et motivés, reposent sur des examens cliniques et retiennent tous une absence d'atteinte invalidante à la santé. Partant, il y a lieu de retenir que la recourante n'a pas rendu

plausible une aggravation sensible de son état de santé, de sorte que sa nouvelle demande doit être rejetée. [...] »

D. Dans l'intervalle, l'assurée a débuté une activité lucrative de concierge à hauteur de 30% dès juillet 2009 pour le compte de la société DD._____SA.

Elle a été victime d'une chute dans les escaliers de son immeuble _____ le 13 novembre 2010, laquelle a entraîné une fracture de la base du cinquième métatarsien du pied droit, traitée conservativement.

Les conséquences financières de cet événement ont été prises en charge par la BB._____SA, en sa qualité d'assurance-accidents de l'employeur.

Dans ce contexte, le Dr FF._____, médecin assistant au sein de la Clinique GG._____, a communiqué à la BB._____SA la prescription d'un arrêt de travail total du 13 novembre 2010 au 31 janvier 2011.

E. Par une quatrième demande formelle, adressée à l'OAI le 23 mai 2011, l'assurée a derechef sollicité des prestations AI, exposant souffrir d'une « hypertension artérielle », d'une « arthrose avec beaucoup de douleurs à la hanche, aux genoux et aux pieds » entraînant des difficultés à la marche et aux déplacements, de « dépression », des investigations pour un « syndrome d'apnée du sommeil » et « anémie » se trouvant au surplus en cours. Elle a précisé exercer une activité de concierge à 30% depuis juillet 2009 auprès de DD._____SA.

Après avoir été invitée par l'OAI à établir de façon plausible une modification de son état de santé susceptible d'influencer ses droits par courrier du 27 mai 2011, elle a produit le 14 juin 2011 un rapport de la Dresse N._____, spécialiste en médecine interne daté du 10 juin 2011, laquelle a relaté les diagnostics suivants :

- status après fracture du pied droit en décembre [recte : novembre] 2010,
- douleurs ostéoarticulaires avec un syndrome inflammatoire en cours d'investigations, hypertension artérielle (HTA) traitée,
- suspicion d'une thalassémie,
- incontinence urinaire,
- nodule thyroïdien en cours d'investigations,
- fatigue chronique avec suspicion d'un syndrome d'apnée du sommeil (SAS),
- état dépressif.

Elle a précisé qu'une prise en charge psychiatrique allait débiter, tandis qu'une incapacité de travail de 100% était prononcée pour une durée indéterminée.

DD. _____ SA a complété un rapport d'employeur le 21 juillet 2011 indiquant que l'assurée déployait une activité de concierge depuis le 1^{er} juillet 2009 à hauteur de 9h50 par semaine pour un revenu mensuel brut de 1'020 fr. 45 et que les rapports de travail se poursuivaient.

Sollicité pour avis, le Dr M. _____ du SMR a retenu le 26 août 2011 l'absence de tout « élément nouveau de la sphère médicale [rendant] plausible une aggravation durable de l'état de santé de cette assurée depuis la dernière décision AI ».

F. Partant, l'OAI a rendu un projet de décision le 7 mars 2012, envisageant de nier derechef à l'assurée le droit à des prestations AI.

Cette dernière a communiqué ses objections par correspondance du 16 mars 2012, mettant en exergue ses importantes douleurs l'empêchant d'exercer une activité lucrative et d'accomplir ses tâches ménagères. Elle a requis la mise en œuvre d'une expertise destinée à constater l'aggravation de son état de santé.

Représentée par son assurance de protection juridique, l'assurée a complété sa précédente écriture le 11 mai 2012 et produit un rapport du Dr O. _____, spécialiste en neurologie au sein du O. _____, daté du 14 juillet 2011. Ce praticien a mis en évidence un « syndrome

d'apnées obstructives du sommeil sévère » pour lequel un traitement par « continuous positive airway pressure (CPAP) [réd. : ventilation en pression positive continue] » devait être instauré.

Le 11 juillet 2012, la Dresse N._____ a adressé un rapport médical à l'assureur de protection juridique, transmis à l'OAI, où elle a repris les diagnostics précédemment retenus et exposé que le SAS affectant sa patiente serait traité par un CPAP et l'utilisation d'un propulseur mandibulaire, l'état de santé, notamment sur le plan de la fatigabilité, pouvant s'en trouver amélioré. S'agissant en particulier de la capacité de travail de l'assurée, elle a renvoyé aux médecins spécialistes eu égard aux conséquences du SAS.

La Dresse R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a communiqué un rapport à l'OAI le 19 juillet 2012, indiquant avoir pris en charge le suivi de l'assurée dès le 15 juin 2011. Elle a mentionné le diagnostic de « trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) » existant à son sens depuis 1980, et précisé que la capacité de travail exigible de l'assurée était nulle en raison de l'épisode dépressif, tout en relevant qu'elle ne semblait « pas en mesure d'assumer une activité, y compris adaptée, à plus de 30% ». Un traitement antidépresseur était prescrit à long terme, tandis qu'une thérapie de soutien à raison d'une séance tous les quinze jours était instaurée.

L'assurée a fait parvenir ses observations complémentaires et conclusions dans le cadre de la procédure d'audition par courriers des 27 juillet 2012 et 30 août 2012, mettant en exergue les rapports médicaux des Dresses N._____ et R._____ susmentionnés pour requérir la reconnaissance du droit à une rente entière d'invalidité pour des raisons psychiques, fondée sur un taux d'invalidité de 100%.

Sur questions du SMR, la Dresse N._____ a fourni des précisions en date du 28 novembre 2012. S'agissant des conséquences de la fracture au pied droit, elle a fait état de douleurs persistantes accompagnées d'une enflure et une gêne dans la vie quotidienne de la

patiente. Elle a souligné que les investigations conduites n'avaient pas pu mettre en évidence une origine claire d'un syndrome inflammatoire, ni les éléments d'une thalassémie, alors que sa patiente était moins affectée par l'incontinence urinaire depuis une opération de ce problème. Eu égard au SAS, elle a relevé les difficultés de l'assurée à supporter le CPAP, celle-ci se trouvant dans l'attente d'un propulseur mandibulaire. Elle a renvoyé aux considérations de la Dresse R. _____ en lien avec la problématique dépressive, indiquant que l'assurée se trouvait très déprimée suite à un accident grave subi par son fils. Elle s'est enfin référée à un rapport médical _____ de _____ la Dresse G. _____ du 21 novembre 2012, où a été confirmé le diagnostic de syndrome douloureux chronique.

G. Considérant être insuffisamment renseigné à ce stade, le SMR a proposé le 7 janvier 2013 la mise en œuvre d'un examen bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, lequel a été réalisé le 13 mai 2013 par les Drs T. _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et A. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Le rapport corrélatif, établi le 22 mai 2013, fait état des diagnostics suivants :

Avec répercussion sur la capacité de travail

- Cervicobrachialgies bilatérales et lombalgies dans le cadre de troubles statiques du rachis et de troubles dégénératifs du rachis avec canal lombaire étroit, périarthrite scapulo-humérale bilatérale et arthrose acromio-claviculaire bilatérale à prédominance droite (M54, M75).
- Syndrome rotulien bilatéral dans le cadre d'une discrète gonarthrose bicompartimentale (M17).

Sans répercussion sur la capacité de travail

- Fibromyalgie (M79.0).
- Syndrome d'apnées du sommeil sévère traité transitoirement par CPAP, mais non encore traité par propulseur mandibulaire.
- Obésité avec BMI [réf. : body mass index ou indice de masse corporelle] à 38.
- Status variqueux des membres inférieurs.
- Status après hystérectomie.
- Status après fracture du 5^{ème} métatarsien droit.
- Hypertension artérielle traitée.
- Status après opération pour incontinence urinaire.

- Nodule euthyroïdien.
- Hypercholestérolémie traitée.
- Hallux valgus bilatéral débutant.
- Suspicion clinique de syndrome du tunnel carpien bilatéral.
- Difficultés liées à l'emploi et au chômage et aux conditions économiques (Z56, Z59).

Au titre d'appréciation du cas, les spécialistes précités se sont exprimés notamment en ces termes :

« [...] Au plan ostéoarticulaire et neurologique, pieds nus dans la salle d'examen, l'assurée marche avec une discrète boiterie d'appui du membre inférieur D [réd. : droit]. La marche sur la pointe des pieds est possible. La marche sur les talons est impossible ddc [réd. : des deux côtés]. L'accroupissement est limité, il entraîne des gonalgies. Le relèvement se fait sans aide extérieure. Le reste du status neurologique est sp [réd. : sans particularités], si ce n'est des manœuvres de Tinel et de Phalen qui sont positives au niveau des 2 poignets, ce qui laisse suspecter cliniquement un syndrome du tunnel carpien bilatéral, qui avait déjà été diagnostiqué auparavant par électromyogramme, par le Dr L. _____ lors d'un examen du 27.04.2006. On note également des épreuves de Lasègue qui sont limitées ddc à 70°, non par un syndrome radiculaire, mais par des lombalgies et un raccourcissement des muscles ischiojambiers.

Au plan rachidien, on note des troubles statiques du rachis. La mobilité lombaire est diminuée, mais on note des signes de non organicité selon Waddell sous forme de lombalgies à la pression axiale céphalique, à la rotation du tronc les ceintures bloquées. Par ailleurs, il existe une importante discordance entre la distance doigts-sol et la distance doigts-orteils sur le lit d'examen. La mobilité cervicale est satisfaisante. La mobilité des articulations périphériques est bien conservée, si ce n'est celle des épaules et des hanches. Effectivement, l'élévation et l'abduction active des 2 épaules est limitée, alors que l'élévation et l'abduction passive de ces articulations est bien conservée. Il existe également une augmentation de la distance pouce-C7 prédominant à D. L'épreuve de Hawkins est également positive ddc. L'épreuve de Jobe est douloureuse ddc. Les autres épreuves de périarthrite scapulo-humérale sont négatives.

Au niveau des hanches, on note une limitation de la flexion des hanches, qui pourrait être en relation avec le pannicule adipeux. Il existe cependant aussi une limitation des rotations surtout internes. Il existe par ailleurs un syndrome rotulien bilatéral et un discret hallux valgus bilatéral débutant. Il n'y a pas de signe pour une arthropathie inflammatoire périphérique.

L'assurée présente également des douleurs à la palpation des 18 points typiques de la fibromyalgie sur 18, cette constellation clinique permettant de confirmer ce diagnostic et ceci malgré la présence d'un syndrome inflammatoire, avec vitesse de sédimentation à 38 mm, le 08.11.2012. Effectivement, il n'y a pas pour le moment d'explication ostéoarticulaire à ce syndrome inflammatoire en l'absence d'un rhumatisme inflammatoire découvert au status.

L'assurée ne nous a malheureusement amené aucun examen radiologique. Dans cette situation, nous lui avons demandé de nous faire parvenir les examens radiologiques qu'elle aurait déjà eus, ce

qu'elle n'a pas fait. Cependant, selon un rapport à disposition, une IRM lombaire du 27.10.2006 aurait mis en évidence des protrusions discales étagées postéromédiane en L4-L5 et postéromédiane paramédiane G [réd : gauche] en L5-S1. Cet examen aurait mis en évidence également une hypertrophie des ligaments jaunes en L4-L5 contribuant à rétrécir le canal lombaire.

L'assurée n'ayant plus eu de radiographies depuis un certain temps et au vu de la symptomatologie douloureuse et de la limitation de la mobilité des épaules et des hanches, nous avons demandé encore des radiographies de la colonne cervicale, lombaire, du bassin, des genoux et des épaules. Ces radiographies ont mis en évidence des troubles statiques du rachis cervical et lombaire ainsi que de discrets troubles dégénératifs du rachis cervical. Par contre, les troubles dégénératifs sont importants au niveau lombaire surtout en L1-L2 et L5-S1. Les radiographies du bassin n'ont par contre pas mis en évidence de coxarthrose, mais il existe par contre une discrète gonarthrose bilatérale débutante bicompartimentale. Il existe aussi des lésions radiologiques à l'épaule D laissant suspecter un conflit sous-acromial et une arthrose acromio-claviculaire à prédominance D.

Dans ce contexte clinique, nous retenons les diagnostics susmentionnés. Au vu de ces diagnostics, nous retenons des limitations fonctionnelles qui ne sont pas respectées dans l'activité d'aide-soignante. Ainsi, dans cette activité, la capacité de travail est nulle. Par ailleurs, dans l'activité de concierge, la capacité de travail est tout au plus de 30%, cette activité n'étant pas bien adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire. Par contre, dans une activité strictement adaptées aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, il n'y a aucune indication biomécanique à attester une incapacité de travail contrairement à ce que fait le Dr N._____.

A cet égard, il faut relever que la fibromyalgie ne s'accompagnant actuellement pas de pathologie incapacitante ou de critère de sévérité selon la jurisprudence, elle ne peut conduire à la définition d'une incapacité de travail.

Sur le plan psychiatrique, cette assurée âgée de 54 ans, bénéficie pour la 1^{ère} fois d'une prise en charge psychiatrique ambulatoire depuis le 15.06.2011, en raison d'une symptomatologie anxiodépressive d'accompagnement de ses douleurs chroniques.

[...] Selon la CIM-10, le trouble dépressif récurrent est caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs, correspondant à la description d'un épisode dépressif léger, moyen ou sévère, en l'absence de tout antécédent d'épisodes indépendants d'exaltation de l'humeur, et d'augmentation de l'activité répondant aux critères d'une manie. Entre les épisodes, l'assurée ne présente habituellement aucun symptôme dépressif.

Or, dans le cas de notre assurée, aucun diagnostic d'épisode dépressif n'a été posé jusqu'au 15.06.2011. L'assurée a développé une symptomatologie dépressive, objectivée par les différents médecins traitants, en l'absence d'un status psychiatrique et sans que les critères cliniques de la CIM-10 soient réunis en faveur d'un épisode dépressif.

Par conséquent, nous ne pouvons pas retenir le diagnostic de trouble dépressif récurrent.

L'épisode dépressif moyen, objectivé par la Dresse R._____, psychiatre FMH, qui a vu l'assurée 1-2x depuis le début de la prise en

charge [...], est en rémission complète et n'a aucune incidence sur la capacité de travail.

Vu qu'il s'agit d'une symptomatologie dépressive réactionnelle aux douleurs chroniques, selon la doctrine médicale sur laquelle s'appuie le Tribunal Fédéral des Assurances, en présence de douleurs chroniques persistantes, les états dépressifs constituent des manifestations réactives, d'accompagnement de ces troubles, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome.

En l'absence d'un véritable sentiment de détresse, qui fait partie du syndrome douloureux persistant, nous n'avons pas retenu ce diagnostic. L'assurée est peu démonstrative, elle présente une amplification verbale de ses plaintes somatiques, en l'absence d'un sentiment de désarroi, d'un comportement algique et sans attirer notre empathie.

En conclusion, sur le plan purement psychiatrique, l'assurée ne souffre d'aucune pathologie chronique à caractère incapacitant et la capacité de travail exigible est de 100% dans toute activité.

L'épisode dépressif moyen est en rémission complète, et il ne représente pas une aggravation de l'état de l'assurée de longue durée.

Par conséquent, la capacité de travail exigible est entière dans toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles somatiques.

A l'examen clinique rhumatologique, le Dr T. _____ a retenu le diagnostic de fibromyalgie, qui n'est pas accompagnée d'une comorbidité psychiatrique manifeste, d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie (vie sociale normale), d'un état psychique cristallisé ou profit tiré de la maladie.

Limitations fonctionnelles

Sur le plan ostéoarticulaire, les limitations fonctionnelles sont les suivantes :

Rachis : nécessité de pouvoir alterner 2x/heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg. Pas de port régulier de charges d'un poids excédant 8 kg. Pas de travail en porte-à-faux statique prolongé. Pas d'exposition à des vibrations.

Membres supérieurs : pas d'élévation ou d'abduction des 2 épaules à plus de 60°. Pas de lever de charges de plus de 5 kg avec les membres supérieurs.

Membres inférieurs : pas de genuflexion répétée. Pas de franchissement d'escabeaux ou échelles. Pas de franchissement régulier d'escaliers. Pas de marche ou de position debout de plus de 15 minutes. Pas de travail en hauteur. Pas de marche en terrain irrégulier.

Sur le plan psychiatrique, il n'y a pas de limitations fonctionnelles à caractère incapacitant.

L'âge de l'assurée, l'absence de formation professionnelle, les difficultés financières, ne font pas partie du domaine médical.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Sur le plan ostéoarticulaire, depuis le 13.11.2010, date de la fracture de la base du 5^{ème} métatarsien D et date de l'aggravation des diverses douleurs ostéoarticulaires.

Sur le plan psychiatrique, il n'y a pas d'incapacité de travail de longue durée.

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

Sur le plan ostéoarticulaire, il est resté complet jusqu'à maintenant dans l'activité de veilleuse/aide infirmière.

Par contre, dans une activité de concierge, il y a une incapacité de travail totale du 13.11.2010 au 30.01.2011, puis une capacité de travail de 30% depuis le 31.01.2011.

Par ailleurs, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, il y a une capacité de travail totale dès le 31.01.2011.

Sur le plan psychiatrique, en l'absence d'une pathologie psychiatrique chronique à caractère incapacitant de longue durée, la capacité de travail exigible est de 100% dans toute activité. [...] »

A réception du dossier radiologique de l'assurée le 4 juin 2013,

le

Dr T. _____ a communiqué un avis complémentaire, retenant notamment ce qui suit :

« [...] Ainsi, la visualisation de ces radiographies et du rapport des examens thyroïdiens permet de poser le diagnostic de discrète rhizarthrose bilatérale, qui n'entraîne pas la définition de limitations fonctionnelles, car cette rhizarthrose est trop discrète.

Les radiographies des pieds confirment la présence d'un hallux valgus bilatéral suspecté cliniquement et modéré selon la radiographie avec début d'arthrose métatarso-phalangienne des 1ers rayons. Cette pathologie n'entraîne également pas la définition de limitations fonctionnelles.

Les radiographies des genoux mettent en évidence une discrète gonarthrose fémoro-tibiale interne déjà retenue dans le rapport de l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique au SMR du 13.05.2013. Les examens radiologiques confirment la présence de nodules thyroïdiens, ce qui fait poser le diagnostic de goitre multinodulaire euthyroïdien à la place du diagnostic de nodule euthyroïdien.

Des radiographies du bassin et de la hanche droite mettent en évidence une discrète dysplasie de la hanche droite avec possible conflit fémoro-acétabulaire droit. Ce diagnostic est un diagnostic potentiellement incapacitant, à mettre donc dans les diagnostics incapacitants, mais ce diagnostic entraîne les mêmes limitations fonctionnelles des membres inférieurs que les autres pathologies ostéoarticulaires déjà retenues et la capacité de travail reste donc de 30% dans une activité de concierge depuis le 31.01.2011 et de 100% dès la même date dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire.

Ainsi, ces radiographies n'entraînent pas de modification de l'évaluation de la capacité de travail exigible et de l'évaluation des limitations fonctionnelles. »

Le Dr M. _____, dans un avis rendu à la même date et contresigné par le Dr V. _____, médecin au SMR, s'est rallié aux

conclusions ressortant du rapport d'examen de ses confrères du 22 mai 2013.

Le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI s'est entretenu avec l'assurée le 2 septembre 2013 et constaté que cette dernière s'estimait incapable d'exercer une quelconque activité lucrative. Partant, en date du 5 septembre 2013, il a déterminé théoriquement son préjudice économique sur la base de l'exigibilité définie par le SMR. Il s'est fondé, pour la fixation des revenus hypothétiques avec et sans invalidité, sur les statistiques salariales ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), édictée par l'Office fédéral de la statistique (OFS) et considéré qu'en 2011, l'assurée aurait pu réaliser, sans invalidité, un revenu annuel de 53'383 fr. 30 dans une activité à plein temps ne nécessitant pas de formation professionnelle spécifique. Le revenu d'invalidé, après prise en compte d'un abattement de 15% pour tenir compte de l'âge de l'assurée et de ses limitations fonctionnelles, se montait à 45'375 fr. 80 dans une activité également de niveau élémentaire, telle que celle d'ouvrière de production dans l'industrie légère, de contrôleuse de qualité ou de caissière de cinéma. Un degré d'invalidité de 15% s'avérait ainsi déterminant.

L'OAI a rendu un nouveau projet de décision le 29 juillet 2014, annulant et remplaçant celui du 7 mars 2012, par lequel il a préavisé un refus de rente d'invalidité, compte tenu des conclusions du SMR et du taux d'invalidité fixé par son Service de réinsertion professionnelle.

En date du 20 août 2014, l'assurée, sans n'être plus assistée de son assurance de protection juridique, a communiqué son désaccord avec ledit projet, invoquant l'impossibilité d'exercer une activité lucrative du fait de l'aggravation constante de son état de santé.

Par décision du 8 octobre 2014, l'OAI a prononcé un refus de rente d'invalidité, conforme à son projet précité du 29 juillet 2014.

H. L'assurée a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 16 octobre 2014, par lequel elle s'est prévalu de ses importantes douleurs entravant ses activités quotidiennes et l'empêchant à son sens totalement de travailler. Elle a souligné faire l'objet d'investigations encore en cours, dont les résultats seraient connus dès le 27 octobre 2014.

Elle a notamment fait parvenir, par complément du 27 octobre 2014, un certificat médical établi le 10 septembre 2014 et adressé au SMR par la Dresse N._____. Cette dernière y relate des changements survenus dans l'état de santé de sa patiente, soit l'apparition de « talalgies de plus en plus invalidantes depuis début 2014 » résultant d'une « fasciite plantaire en voie de chronicisation ». En outre, elle fait état d'une « enflure importante du poignet à droite et de toutes les articulations des doigts » accompagnée d'une « raideur matinale importante », ce qui laissait suspecter une « arthrite » et nécessitait des investigations conduites par la Dresse G._____.

Par courrier du 17 novembre 2015 (recte : 2014), la recourante a communiqué un tirage de deux rapports médicaux supplémentaires, à savoir l'un établi le 20 octobre 2014 par le Prof. Z._____, spécialiste en radiologie au sein de la Clinique CC._____, et l'autre par la Dresse G._____ le 5 novembre 2014.

Le Prof. Z._____ a conclu son rapport consécutif à une IRM des mains réalisée le 16 octobre 2014, en ces termes :

« Examen IRM des deux mains démontrant la présence de très importantes poussées congestives au niveau des articulations trapézo-métacarpiennes dans le cadre d'une décompensation congestive rhizarthrosique. Pas d'évidence d'image évoquant une atteinte rhumatoïde Like ou de polyarthrite séronégative. Les lésions visibles sont toutes d'origine dégénérative. Il y a toutefois une inflammation discrète au niveau des inter-phalangiennes proximales diffuses, sans inflammation des gaines des fléchisseurs, de nature aspécifique. »

Quant au rapport de la Dresse G._____ du 5 novembre 2014, cette dernière a pris note du diagnostic de « rhizarthrose bilatérale en poussée », sans rhumatisme inflammatoire, et proposé un traitement par antiarthrosique d'action lente, antalgiques et port d'une attelle de stabilisation des pouces.

Par réponse du 2 décembre 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours, tout en renvoyant à un nouvel avis du SMR du 25 novembre 2014, où le Dr M._____ a relevé les diagnostics d'atteinte arthrosique des mains et de fasciite plantaire bilatérale. Il a constaté que ces éléments constituaient des faits nouveaux de nature à modifier la position de l'OAI depuis le début 2014. Ce dernier a néanmoins rappelé que le juge appréciait la légalité des décisions d'après l'état de fait régnant à la date de la décision litigieuse, des faits postérieurs devant faire l'objet d'une nouvelle décision administrative. Considérant qu'une éventuelle rente d'invalidité ne pouvait de toute façon entrer en ligne de compte qu'à l'issue du délai de carence d'un an, l'intimé a suggéré à l'attention de l'assurée le dépôt d'une nouvelle demande de prestations.

La recourante a répliqué le 13 décembre 2014, maintenant les termes de son recours et réitérant les éléments attestant à son sens de l'aggravation constante de son état de santé.

E n d r o i t :

1.

1.1 Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

1.2 La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, 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 LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

1.3 In casu, le recours formé le 16 octobre 2014 contre la décision de l'OAI du 8 octobre 2014 a été interjeté en temps utile.

En dépit du défaut de conclusions formelles, il est déductible des motifs de l'acte de recours corrélatif que l'assurée entend requérir l'annulation de la décision en cause et l'octroi d'une rente d'invalidité. Partant, il y a lieu de considérer que les formalités prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, ont été respectées, qui plus est eu égard à l'exigence de simplicité de la procédure imposée par l'art. 61 let. a LPGA. Le recours est en conséquence recevable de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière.

2. Est litigieux in casu le droit de la recourante à des prestations de l'AI, singulièrement sous forme de rente, des suites de sa quatrième demande en ce sens déposée le 23 mai 2011 et rejetée par décision du 8 octobre 2014.

L'assurée a essuyé trois précédents refus par décisions des 25 novembre 1996, 8 décembre 2004 et 25 septembre 2008, motif pris de l'absence d'atteinte à sa santé ayant valeur d'invalidité.

A l'issue de la décision actuellement entreprise, l'OAI a retenu que l'assurée présentait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles ostéoarticulaires, ce sur la base de l'examen bidisciplinaire réalisé au SMR le 13 mai 2013, et procédé à une évaluation théorique de son préjudice économique mettant à jour un degré d'invalidité de 15%.

Dans ce contexte, la recourante conteste essentiellement la capacité de travail que lui a reconnue l'intimé, s'estimant incapable d'exercer une quelqueconque activité lucrative au vu d'un état de santé sans cesse péjoré. Elle se prévaut à cet égard des rapports établis par les différents médecins traitants consultés et remet en définitive en question les conclusions des spécialistes du SMR. Elle ne soulève en revanche aucun grief spécifique en lien avec l'aspect économique de son dossier,

soit en particulier les revenus hypothétiques avec et sans invalidité pris en compte par l'OAI.

3. Il y a lieu préliminairement de rappeler les principes afférents à la procédure de révision, puisque le présent litige s'inscrit dans le cadre d'une demande de l'assurée en vue du troisième réexamen de ses droits.

3.1 Selon l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201 [dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012]), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies.

En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

3.2 Les principes régissant l'entrée en matière sur une nouvelle demande au sens des dispositions légales ci-dessus sont les suivants : l'administration doit commencer par déterminer 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 (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF [Tribunal fédéral] 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2 ; 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.1).

Lorsque l'administration est saisie d'une nouvelle demande sur laquelle elle est entrée en matière, il convient d'examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 71 consid. 3.2), si entre la décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; TF 9C_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 5.1 ; I 25/2007 du 2 avril 2007 consid. 3.1).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas d'amélioration ou d'aggravation notable de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 ; 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 275 consid. 1a). Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (ATF 112 V 372 consid. 2b ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 491/2003 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 in fine ; RCC 1987 p. 36 ; Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg, 2003, ch. 490 p. 135). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 125 V 368 consid. 2 et la référence ; TFA I 90/2005 du 8 juin 2006 consid. 2.2).

3.3 In casu, l'intimé est entré en matière sur la quatrième demande de prestations AI formulée par l'assurée après avoir constaté que les éléments produits par celle-ci ne permettaient pas d'exclure a priori une aggravation de son état de santé depuis la précédente décision de refus de prestations entrée en force, à savoir celle du 25 septembre 2008, au demeurant confirmée sur recours par arrêt de la Cour de céans du 13 décembre 2010. Au terme de l'instruction complète de la situation

de la recourante, l'OAI a admis une modification de l'état de fait, soit une capacité de travail de 100% restreinte à certaines activités spécifiques du fait de limitations fonctionnelles oséoarticulaires. Cela étant, il a retenu que cette modification n'était pas suffisante pour ouvrir le droit à des prestations de l'AI du fait d'un taux d'invalidité ascendant à 15%.

Dès lors, il y a lieu d'examiner les bases matérielles – sur les plans médical et économique – de la décision du 8 octobre 2014, tout en concédant, à l'instar de l'OAI, qu'une procédure de révision en vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA se justifiait effectivement dans le cas de la recourante au vu des pièces produites à l'appui de sa nouvelle requête, singulièrement de la prise en charge psychiatrique débutée le 15 juin 2011. En particulier, il s'agira de se prononcer sur la valeur probante des différentes pièces médicales versées au dossier, les griefs de la recourante portant sur l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail.

4.

4.1 En vertu de l'art. 8 al. 1 LPGA, 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 (4 al. 1 LAI).

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de

longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

A teneur de l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière.

4.2 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. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c in fine ; 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées).

La jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères pour permettre d'apprécier le caractère invalidant de certains syndromes somatiques dont l'étiologie et la pathogénie sont incertaines, tels que le trouble somatoforme douloureux (ATF 130 V 352 consid. 2.2), la fibromyalgie (ATF 132 V 65), des atteintes non objectivables de la colonne cervicale (ATF 136 V 279 consid. 3) ou encore des pathologies présentant un

ensemble de symptômes comparables (ATF 139 V 547 consid. 2.2 ; 137 V 64 consid. 1.2 ; 131 V 49 consid. 1.2).

Selon cette jurisprudence, de tels syndromes n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existe une présomption que ces syndromes ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2 ; cf. aussi ATF 139 V 547 consid. 6 et 8). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 ; 131 V 49 consid. 1.2 ; 139 V 547 consid. 9). A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie).

En outre, l'allégation de douleurs ne saurait suffire pour justifier une invalidité au vu des difficultés, en matière de preuve, à établir leur existence. Ainsi, dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, de telles plaintes doivent être confirmées par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité

de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 ; TF I 421/06 du 6 novembre 2007 consid. 3.1 et la référence citée).

4.3 L'on ajoutera qu'en vertu de la jurisprudence fédérale, les facteurs psychosociaux ou socioculturels, que peuvent constituer notamment des circonstances contextuelles particulières, ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de la loi. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a ; TF 9C_144/2010 du 10 décembre 2010 consid. 4.1 et référence citée).

5.

5.1 Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c ; 105 V 156 consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

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

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur

reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1 in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si des médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2). Lorsqu'une appréciation d'un médecin interne à l'assureur social est remise en doute par l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant, il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG (ATF 135 V 465).

5.2 Par ailleurs, il y a lieu de rappeler que le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b). Néanmoins, un avis médical, même rendu postérieurement à une décision, doit être pris en compte s'il permet d'apprécier les circonstances au moment où celle-ci a été prononcée (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_193/2012 du 26 juillet 2012 et jurisprudence citée ; 9C_105/2008 du 23 juin 2008 consid. 2.2).

6. S'agissant du volet médical de ce dossier, soit de l'estimation de la capacité de travail de la recourante, celle-ci a fait l'objet d'un examen médical approfondi sur les plans psychiatrique et rhumatologique auprès du SMR le 13 mai 2013 par les Drs T._____ et A._____.

6.1 A la lecture du rapport d'examen corrélatif, l'on se doit de constater qu'il remplit à l'évidence la totalité des critères posés par la jurisprudence fédérale rappelée supra, de sorte que l'on ne voit aucune raison de lui dénier pleine valeur probante.

Singulièrement, les spécialistes du SMR ont procédé à des investigations extrêmement minutieuses et fouillées de l'état de santé objectif de la recourante, sans manquer de détailler les éléments pertinents de l'anamnèse et de relever exhaustivement les plaintes alléguées. Ils ont en particulier opéré une analyse complète de l'ensemble des pièces médicales et avis spécialisés à disposition, le Dr T. _____ ayant au surplus fait procéder à de nouvelles radiographies de la colonne, du bassin, des genoux et des hanches de l'assurée. Ils ont par ailleurs discuté les diagnostics ressortant à leur champ de compétences, retenus ou évoqués dans le cas de la recourante, avant de communiquer leurs conclusions. Ces dernières, pour le moins étayées, apparaissent tout à fait convaincantes compte tenu des observations cliniques consignées à l'issue du rapport du 22 mai 2013.

6.2 L'on ne voit par ailleurs pas que les rapports des médecins traitants de l'assurée, en particulier des Dresses N. _____, G. _____ et R. _____, soient de nature à faire douter des conclusions des Drs T. _____ et A. _____, à tout le moins s'agissant de la période antérieure à janvier 2014.

En effet, sur le plan physique, les diagnostics évoqués par les Dresses N. _____ et G. _____ (cf. rapports respectifs de ces praticiennes des 10 juin 2011, 11 juillet 2012 et 21 novembre 2012) ont largement été discutés par les examinateurs du SMR, tandis que la pathologie affectant principalement la recourante demeure celle de fibromyalgie ou trouble somatoforme douloureux persistant.

D'ailleurs, il peut être déduit a contrario du rapport de la Dresse [...] du 10 septembre 2014 que celle-ci a pris acte des observations du SMR, dans la mesure où elle ne fait état d'une évolution sensible de la

situation de sa patiente qu'à partir de janvier 2014, sans émettre quelconque remarque en lien avec la teneur du rapport d'examen SMR du 22 mai 2013.

Quant à la Dresse G._____, cette spécialiste ne s'est pas prononcée spécifiquement en termes de capacité résiduelle de travail, mais s'est limitée à confirmer le diagnostic de syndrome douloureux chronique et à envisager des mesures thérapeutiques en vue de soulager l'assurée.

Concernant les conséquences de la fibromyalgie (ou trouble somatoforme douloureux persistant), considérée comme une affection psychique, les spécialistes du SMR ont également exposé à satisfaction les raisons les conduisant à nier la réalisation des critères jurisprudentiels qui justifieraient la reconnaissance d'une incapacité de travail (cf. considérant 4.2 supra).

En particulier, le SMR a expliqué, de manière à emporter la conviction, que le diagnostic de « trouble dépressif récurrent », posé par la Dresse R._____ auprès de la recourante, ne pouvait être retenu, puisqu'un épisode dépressif n'avait été observé pour la première fois qu'à partir de juin 2011 et se trouvait au surplus en rémission. En outre, les spécialistes du SMR ont relevé qu'un tel épisode s'inscrivait précisément dans le contexte du trouble douloureux affectant l'assurée, ce qui excluait de l'élever au rang de comorbidité psychiatrique spécifique.

L'on ajoutera au surplus que le rapport de la Dresse R._____ du 19 juillet 2012 peine à convaincre en ce qu'elle a évoqué la présence d'un trouble dépressif depuis 1980 en l'absence d'éléments anamnestiques corroborant un tel constat, ce alors que la prise en charge psychothérapeutique de cette spécialiste n'a débuté qu'en juin 2011.

Enfin, ainsi que l'ont remarqué les examinateurs du SMR, les autres critères énoncés par la jurisprudence fédérale ne sont pas davantage réunis en l'espèce en l'absence d'état psychique cristallisé et

de repli social dans toutes les manifestations de la vie chez une assurée qui a été en mesure de déployer une activité lucrative de 30% dès 2009.

Compte tenu de ce qui précède, il convient de se fonder sur les conclusions du SMR, singulièrement du rapport du 22 mai 2013, pour considérer, à l'instar de l'intimé, que la recourante était dotée d'une capacité de travail de 100% dans une activité respectant les limitations fonctionnelles énoncées exhaustivement dans ledit rapport, ce à tout le moins jusqu'en janvier 2014.

7. Reste à examiner l'aspect économique du dossier de la recourante, soit l'évaluation de son invalidité au taux de 15%, tel que déterminé par l'OAI.

En vertu de l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative.

Aux termes de l'art. 16 LPGGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

In casu, en l'absence de données concrètes sur les revenus avec et sans invalidité, l'OAI s'est référé aux statistiques salariales ressortant de l'ESS pour fixer ces éléments en se fondant sur une activité de niveau élémentaire, tous secteurs d'activité confondus. Il a par ailleurs effectué une réduction du salaire statistique d'invalide à hauteur de 15% pour tenir compte de l'âge de l'assurée et de ses limitations fonctionnelles.

Ce procédé, que l'assurée ne conteste d'ailleurs pas, ne prête aucunement flanc à la critique, ce qui justifie la confirmation d'un degré d'invalidité de 15% et de la décision litigieuse.

8. Cela étant, il faut relever que, par le biais d'une correspondance de la Dresse N._____, adressée au SMR le 10 septembre 2014, l'assurée a fait valoir une aggravation de son état de santé, étayée par de nouveaux diagnostics. Sont mentionnées à ce titre une « fasciite plantaire » se manifestant par des « talalgies devenant invalidantes dès le début de l'année 2014 » et une « rhizarthrose bilatérale » ayant entraîné une enflure du poignet droit et des doigts de la main droite, constatée par le médecin traitant précité à sa consultation du 9 septembre 2014. Ce dernier élément a nécessité les investigations subséquentes conduites par le Prof. Z._____, soit l'IRM du 16 octobre 2014.

Vu ces éléments et l'avis du SMR du 25 novembre 2014 y relatif, transmis à la Cour de céans le 2 décembre 2014, il faut considérer que l'assurée a rendu plausible une modification de son état de santé dans le sens entendu par l'art. 87 al. 2 RAI, auquel renvoie l'art. 87 al. 3 RAI. Il incombe dès lors à l'OAI d'instruire cette demande de révision et de statuer derechef sur les droits de l'assurée par une nouvelle décision.

Ainsi que le souligne l'OAI dans son écriture du 2 décembre 2014, les nouveaux diagnostics posés dans le cas de la recourante et leur éventuel impact en termes de capacité de travail et de gain ne sauraient toutefois conduire à l'annulation de la décision du 8 octobre 2014. L'examen d'un droit à une rente ne peut en effet entrer en ligne de compte avant l'échéance du délai de carence d'un an consacré par l'art. 28 al. 1 LAI, échu au plus tôt en janvier 2015.

En outre, in casu, dans l'hypothèse où le droit à une rente venait à être reconnu, il s'imposerait également de prendre en considération l'échéance prescrite par l'art. 29 al. 1 LAI (cf. sur cette

question : Ulrich Meyer/Marco Reichmuth, Invalidenversicherungsgesetz (IVG), 3^{ème} éd. 2014, n. 10 art. 29 LAI). Cette disposition prévoit que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

A teneur de l'art. 29 al. 3 LPGA, si une demande ne respecte pas les exigences de forme ou si elle est remise à un organe incompétent, la date à laquelle elle a été remise à la poste ou déposée auprès de cet organe est déterminante quant à l'observation des délais et aux effets juridiques de la demande.

En conséquence, dans le cadre de la procédure de révision qu'il appartiendra à l'intimé de conduire sur le fond, il devra prendre en considération, au titre de date de la nouvelle demande, la date du 10 septembre 2014 correspondant à la correspondance de la Dresse N. _____ à l'adresse du SMR, dont la teneur a été confirmée par l'assurée aux termes de son mémoire de recours du 16 octobre 2014.

9. Il résulte de l'exposé qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée confirmée.

La cause est néanmoins renvoyée à l'intimé pour qu'il instruisse et statue sur la demande de révision déposée par la recourante, par l'intermédiaire de son médecin traitant, en date du 10 septembre 2014.

9.1 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 ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). In casu, au vu de la nature et de la complexité du litige, les

frais judiciaires, mis à la charge de la recourante, sont arrêtés à 400 francs.

9.2 Vu l'issue du recours, la recourante n'obtenant pas gain de cause et n'étant de toute façon pas représentée, il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 8 octobre 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée, la cause lui étant néanmoins renvoyée pour instruction de la demande de révision formulée le 10 septembre 2014 pour le compte de la recourante dans le sens des considérants.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.

- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- B. _____, à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :