

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 28 septembre 2011

---

Présidence de M. DIND  
Juges : Mme Moyard et M. Perdrix, assesseurs  
Greffière : Mme Berberat

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**K.** \_\_\_\_\_ à Lausanne, recourante, représentée par Me Claire Charton,  
avocate à Lausanne,

et

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

---

**Art. 4 et 28 LAI et 17 LPGA**

**E n f a i t :**

**A. a)** K.\_\_\_\_\_, née en 1960, [...], est arrivée en Suisse en 1987. Au terme de sa scolarité obligatoire, elle n'a pas effectué de formation professionnelle. Mère de [...] enfants, nés entre 1981 et 1995, elle s'est consacrée à leur éducation et à la tenue de son ménage. Elle a travaillé de 1992 à 1995 auprès du [...] à [...] à raison de 5 heures par semaine en qualité de femme de ménage. Depuis la naissance de son dernier enfant en 1995, elle s'est plainte de dorsalgies.

Le 26 janvier 2001, l'intéressée a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) tendant à l'octroi d'une rente en raison de la maladie de Forestier, forme grave d'arthrose, diagnostiquée en février 2000. Dans un rapport médical du 12 juin 2001, le Dr S.\_\_\_\_\_ et la Dresse F.\_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique adjoint et médecin-assistante à la Policlinique G.\_\_\_\_\_ à [...], ont considéré que les diagnostics de trouble somatoforme persistant et d'état dépressif léger (présents depuis 2000) avaient des répercussions sur la capacité de travail de leur patiente, alors que tel n'était pas le cas pour les diagnostics de maladie de Forestier D6-D9, d'obésité morbide (BMI 39 kg/m<sup>2</sup>), de status post-cholécystectomie pour cholélithiase aiguë en octobre 2000, d'antécédent d'opération du tunnel carpien et de syndrome inflammatoire d'origine indéterminée. Attestant une incapacité de travail de 30 % dans la profession de ménagère d'octobre 2000 à mai 2001, ils ont en outre précisé ce qui suit à propos de l'évolution de l'état de santé de l'assurée :

"Mme K.\_\_\_\_\_ est suivie à la Policlinique G.\_\_\_\_\_ depuis octobre 1998, initialement pour une surcharge pondérale et des douleurs musculo-squelettiques diffuses. Un diagnostic de fibromyalgie est évoqué en raison de la présence de dix points spécifiques positifs pour ce diagnostic et de la chronicité des douleurs. En 1995, elle est opérée pour un tunnel carpien à droite. Elle souffre alors de lombalgies chroniques sur troubles statiques liées à son obésité. En 1997, une prise en charge plus active de son problème d'obésité par des mesures diététiques s'est révélée un échec. En février 2000, la patiente est présentée au

Professeur P. \_\_\_\_\_, rhumatologue, en raison de douleurs musculo-squelettiques, en particulier au niveau de la colonne dorsale. Le diagnostic de fibromyalgie est infirmé sur la base de la clinique. Les différentes radiographies mettent en évidence une probable maladie de Leforestier D6-D9 qui cependant n'expliquent pas la symptomatologie algique.

La patiente est hospitalisée en octobre 2000 pour une cholécystite aiguë lithiasique. Elle a dû être réhospitalisée une semaine après sa sortie de l'hôpital pour un abcès de paroi nécessitant un drainage chirurgical. En décembre 2000, elle présente une pyélonéphrite aiguë traitée par antibiothérapie i.v. Dans ce contexte, elle n'a pas pu assumer les tâches ménagères à domicile et, depuis janvier 2001, accuse un état de fatigue et une recrudescence de douleurs dorsales ne lui permettant pas de reprendre à 100 % son activité ménagère. Actuellement, les douleurs dorsales situées au niveau D8 à D12 de caractère initialement mécanique sont constantes, peu améliorées par une physiothérapie passive et par un traitement antalgique (Paracétamol puis dérivés opiacés). Depuis l'introduction d'un traitement de Triptizol à petite dose, elle a cependant noté une légère amélioration de la symptomatologie".

Sur le plan objectif, les Drs S. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ ont fait état de signe de Waddell positif (rotation axiale avec les bras le long du corps) et de 4 points positifs sur 18 de fibromyalgie. Les différents examens biologiques, radiologiques et les consultations spécialisées ont permis d'exclure une cause organique. Le rapport psychiatrique a mis en évidence un trouble somatoforme douloureux persistant associé à un épisode dépressif léger.

Dans un rapport complémentaire du 13 août 2002, la Dresse H. \_\_\_\_\_ et le Dr X. \_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint à la Polyclinique G. \_\_\_\_\_ ont précisé que d'octobre 2001 à juillet 2002, l'évolution était stable avec des dorsalgies chroniques pour lesquelles les mesures thérapeutiques entreprises n'avaient pas permis d'amener une amélioration significative. Ils relevaient ainsi la présence de troubles statiques sous la forme d'une diminution de la lordose lombaire, et des douleurs dorso-lombaires mal systématisées sans zone élective, tendant à une chronicisation du trouble somatoforme douloureux sans amélioration de la capacité de travail par des mesures médicales.

Dans un rapport médical du 18 février 2003, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, a confirmé les diagnostics de trouble somatoforme douloureux sous forme de rachialgies diffuses et de maladie de Forestier-Ott (DISH) dorsale, atteinte banale et fréquemment rencontré chez les sujets présentant une obésité. Il a exclu de procéder à d'autres investigations complémentaires, voire de recourir à des thérapies interventionnelles agressives au niveau du rachis qui ne feraient que conforter l'impression que la patiente souffre d'une maladie grave. L'assurée a toutefois consulté le Dr V.\_\_\_\_\_, médecin-associé à l'Unité du rachis du Service de rhumatologie [...] du C.\_\_\_\_\_, qui, dans un rapport du 7 avril 2003 a retenu les diagnostics de probable trouble somatoforme douloureux, d'hyperostose vertébrale ankylosante (Forestier) et d'obésité (BMI 38).

Dans un rapport médical du 16 avril 2003, la Dresse J.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assurée, a considéré que les diagnostics de trouble somatoforme chronique et d'état dépressif (présents depuis l'été 2000) avaient des répercussions sur la capacité de travail de sa patiente, alors que tel n'était pas le cas pour les diagnostics d'obésité morbide (BMI 39 kg/m<sup>2</sup>), de maladie de Forestier de D6-D9, de status post-cholécystectomie pour cholélithiase aiguë en octobre 2000 et de status après cure de tunnel carpien. Attestant une incapacité de travail de 30 % dans la profession de ménagère dès octobre 2000, la Dresse J.\_\_\_\_\_ a signalé que l'épisode dépressif était exacerbé par des difficultés financières (refus de rente AI pour le mari). Le diagnostic précité était dès lors au premier plan et la prise en charge était difficile au vu de la culture différente, le pronostic étant réservé quant à l'évolution de la symptomatologie douloureuse. Elle a enfin indiqué qu'une activité excluant des travaux lourds, le port de charge, le travail à genoux ou en position penchée en avant et autorisant de fréquents changements de position était envisageable.

Le 5 mai 2003, l'assurée a rempli un complément à sa demande en déclarant qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à 100 % en qualité de femme de ménage, dans une fabrique ou une usine et ce, par

nécessité financière, mais surtout par intérêt personnel soit loin de l'ambiance familiale (formulaire 531 bis).

Au vu du contexte médical, l'OAI a soumis le cas de l'intéressée à son Service médical (SMR), qui, par avis médical du 14 juillet 2003, a estimé qu'une expertise psychiatrique de l'assurée s'imposait. Dans un rapport d'expertise du 3 février 2004, le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et D.\_\_\_\_\_, psychologue-psychothérapeute FSP, ont relevé que l'hypothèse d'un état dépressif majeur de gravité légère, comme mentionné par la Policlinique G.\_\_\_\_\_, ou une dysthymie restait possible, le tableau clinique étant toutefois dominé par une problématique algique dorsale très localisée, sans réelle irradiation, ni plainte digestive, urogénitale ou autres associée. Excluant un trouble somatoforme indifférencié ou trouble de somatisation en raison du caractère très circonscrit de la douleur, ils ont évoqué un trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection générale chronique. La douleur semblait plus subjective qu'objective, après observation durant plusieurs heures au cabinet, raison pour laquelle ils ont fait état d'une majoration probablement volontaire des symptômes, pour des motifs sortant vraisemblablement en grande partie du champ médical. Aucun argument ne parlait cependant en faveur d'un trouble majeur de la personnalité prémorbide, même si un comportement très hystéroïde de l'assurée était signalé. Le contexte socio-familial était toutefois a priori bon. Le couple avait ainsi la volonté de s'intégrer en Suisse et avait déposé à cet effet une demande de naturalisation. Les problèmes asséculo-logiques de l'époux semblaient être également résolus, puisqu'il était à présent au bénéfice d'une rente entière d'invalidité. D'un point de vue strictement psychiatrique, dans une activité de ménagère ou de nettoyeuse, permettant d'éviter les travaux lourds, le Dr R.\_\_\_\_\_ a conclu à une capacité de travail médico-théorique de 80 à 100 %.

Dans un rapport du 16 février 2004, le SMR a conclu à l'absence d'atteinte principale à la santé et a estimé que la capacité de travail exigible était supérieure à 80 %.

**b)** Par décision sur opposition du 19 octobre 2004, confirmant une décision du 25 février 2004, l'OAI a rejeté la demande de rente présentée par l'assurée en raison de l'absence d'invalidité au sens des art. 4 LAI et 8 LPGa. Il a considéré que l'invalidité de l'intéressée devait être déterminée au regard de sa capacité d'exercer une activité lucrative et non de sa capacité à accomplir ses tâches ménagères et éducatives dès lors que celle-ci avait indiqué sur le formulaire 531 bis que si elle était en bonne santé, elle travaillerait à 100 % dès le moment où ses enfants seraient plus indépendants. Se fondant sur le rapport d'expertise du Dr R. \_\_\_\_\_, l'OAI a retenu un taux d'invalidité de 20 % au maximum.

**c)** Dans le cadre de son recours auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud (TASS), l'assurée a produit un certificat médical du 21 février 2005 de la Dresse J. \_\_\_\_\_ qui semblait préconiser l'utilisation de la méthode spécifique dans le cadre de l'évaluation de la capacité de travail de sa patiente, dont l'état de santé s'aggravait, cette dernière restant alitée une majeure partie de la journée et n'assumant plus aucune tâche quotidienne. Par avis médical du 4 avril 2005, le SMR a conclu que le cas avait été instruit complètement et qu'il n'existait aucun nouvel élément objectif.

**d)** Par jugement du 7 mars 2006, le TASS a rejeté le recours présenté par l'intéressée, considérant qu'il n'existait aucun motif de s'écarter des conclusions du Dr R. \_\_\_\_\_ lesquelles étaient cohérentes et convaincantes. Le TASS a en outre relevé que les troubles dont souffrait la recourante étaient certes réels, mais qu'ils étaient pour une part non négligeable en relation avec la situation socio-économique de sa famille, laquelle ne pouvait être déterminante dans l'évaluation du taux d'invalidité de l'assurée.

L'assurée n'ayant pas recouru contre le jugement précité, ce dernier est entré en force.

**B. a)** Le 29 avril 2008, K.\_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une rente en raison de la péjoration des affections psychique et physique.

Dans un rapport médical du 14 mai 2007, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il avait vu en consilium la patiente en février et juin 2003, puis le 5 février 2008, date à laquelle elle s'était spontanément présentée à sa consultation, sans aucun document, alors qu'elle était suivie par le Dr M.\_\_\_\_\_ à la Policlinique G.\_\_\_\_\_. Tout en indiquant n'avoir jamais prescrit d'incapacité de travail à cette assurée, il a confirmé que l'activité exercée était encore exigible, en l'absence de limitation fonctionnelle objective, la maladie de Forestier étant essentiellement une constatation radiologique sans répercussion clinique dans le cas de l'assurée. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a annexé à son rapport un courrier qu'il avait adressé au Dr M.\_\_\_\_\_ en date du 7 février 2008 dans lequel il retenait le diagnostic de syndrome douloureux ubiquitaire compatible avec un trouble somatoforme douloureux.

Le 21 mai 2008, l'assurée a rempli un complément à sa demande en déclarant qu'en bonne santé, elle aurait travaillé dès 1987 à 100 % en qualité de caissière à la Migros afin de s'occuper (formulaire 531 bis).

Dans un rapport médical du 27 juin 2008, les Drs L.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_, respectivement médecin-adjoint et médecin-assistant au Service de psychiatrie de liaison de la Policlinique G.\_\_\_\_\_, ont retenu les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (présent depuis 2000) et d'état dépressif sévère sans symptômes psychotiques (présent depuis octobre 2007) et ont attesté une totale incapacité de travail. Ils ont en outre précisé que l'état dépressif s'était progressivement péjoré pour être actuellement d'intensité modérée à sévère et qu'il était associé à des douleurs qui durant ces deux dernières années s'étaient diffusées dans le reste du corps au niveau des jambes, des bras et de la tête. Sur le plan du pronostic, ils ont indiqué ce qui suit :

"Au niveau des diagnostics, de l'évolution depuis bientôt 10 ans, de la situation clinique, le pronostic reste sombre. En effet, elle présente une bonne partie des critères de Mosimann avec un état psychique cristallisé, sans évolution possible sur le plan thérapeutique. Elle possède également une perte complète d'intégration sociale avec un retrait constaté dans tous les domaines de la vie sociale. Elle ne participe plus à aucune tâche ménagère et reste confinée, la plupart du temps, dans le salon sur son canapé. Elle a complètement mobilisé son entourage qui gravite en permanence autour d'elle pour lui prodiguer différents soins ou la soutenir. Malgré une prise en charge thérapeutique multidisciplinaire, l'évolution n'a jamais été favorable puisqu'elle se péjore progressivement. Vu la pauvreté de la pensée, qui reste sur un mode opératoire, un retrait social important, une interprétation méfiante à la limite de la paranoïa en rapport du système médical, administratif et asséurologique, la structure de la personnalité est du registre psychotique".

En date du 15 juillet 2008, les Drs E.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique et médecin-assistant à la Consultation générale de la Polyclinique G.\_\_\_\_\_ ont posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de leur patiente de syndrome somatoforme douloureux sous forme de douleurs ubiquitaires (présent depuis 2003) et d'état dépressif sévère sans symptômes psychotiques (présent depuis octobre 2007), de maladie de Forestier située au niveau vertébral de D6 à D9 et d'obésité de stade III avec BMI à 41 kg/m<sup>2</sup> (mai 2008). Attestant une totale incapacité de travail, les praticiens précités ont relevé que les nombreux spécialistes consultés n'avaient toutefois pas été en mesure d'établir une corrélation directe entre l'atteinte somatique et les plaintes exprimées par la patiente.

Au vu de ces éléments, le SMR a, par avis médical du 16 octobre 2008, estimé que la situation médicale devait être éclaircie, raison pour laquelle il a préconisé la mise en œuvre d'un examen psychiatrique au SMR.

Dans un rapport du 24 novembre 2008, faisant suite à un examen psychiatrique du 13 novembre 2008, la Dresse I.\_\_\_\_\_ du SMR n'a retenu aucun diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée, les critères cliniques de la CIM-10 en faveur d'un diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques

n'étant pas réunis. Seuls les diagnostics de dysthymie, soit une dépression chronique de l'humeur, et de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, ont été mis en évidence, lesquels n'avaient toutefois aucune incidence sur la capacité de travail de l'assurée tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. La Dresse I. \_\_\_\_\_ a ainsi relevé que l'absence de formation professionnelle, les difficultés financières et la démotivation ne faisaient pas partie du domaine médical.

**b)** Par décision du 23 mars 2009, confirmant un projet de décision du 26 janvier 2009, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente et de mesures professionnelles. Procédant à la comparaison des situations médicales, l'OAI a considéré que l'assurée ne souffrait d'aucune atteinte à la santé invalidante au sens de la LAI, le courrier du 20 février 2009 de la Dresse B. \_\_\_\_\_, chef de clinique à la Policlinique G. \_\_\_\_\_ ne rendant pas crédible une aggravation de l'état de santé depuis l'examen psychiatrique réalisé par le SMR en novembre 2008. Ainsi, du point de vue somatique, l'assurée ne présentait ni incapacité de travail, ni limitation fonctionnelle. D'un point de vue psychiatrique, l'examen clinique effectué auprès du SMR ne montrait aucune pathologie psychiatrique invalidante. Par conséquent, l'intéressée était à même d'exercer son activité habituelle à plein temps.

**C. a)** K. \_\_\_\_\_, représentée par l'avocate Claire Charton, interjette recours contre cette décision en date du 11 mai 2009 et conclut, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision attaquée, en ce sens que le dossier doit être renvoyé à l'intimé pour complément d'instruction. En substance, elle fait valoir que l'appréciation est totalement contraire selon que le rapport médical émane du SMR ou de la Policlinique G. \_\_\_\_\_. Compte tenu des divergences inconciliables entre ces deux positions, elle soutient que seule une expertise neutre est à même de départager les avis, c'est-à-dire de préciser le diagnostic des troubles dont elle souffre.

**b)** Dans sa réponse du 7 août 2009, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Il a exposé qu'une nouvelle expertise psychiatrique n'était pas indiquée, dans la mesure où le SMR avait expliqué dans son rapport du 24 novembre 2008 pour quelles raisons il s'éloignait des conclusions de la Policlinique G.\_\_\_\_\_. Il ne s'agissait dès lors pas de deux rapports qui analysaient la même situation de façon différente, sans que l'on pût savoir quel point de vue devait l'emporter.

**c)** Dans sa réplique du 16 septembre 2009, la recourante a sollicité la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, dans la mesure où elle souffre également de problème d'arthrose, notamment à la colonne cervicale, à ses deux genoux et à la colonne dorsale. Elle a transmis à cet effet un courrier du 3 septembre 2009 de la Dresse T.\_\_\_\_\_ et de la Dresse W.\_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique et médecin assistante de la Policlinique G.\_\_\_\_\_.

**d)** Par courrier du 13 octobre 2009, la recourante a fait part de son souhait qu'une audience soit appointée et des témoins entendus.

**e)** Dans sa réplique du 15 octobre 2009, l'intimé a proposé, suite à l'avis médical du SMR du 7 octobre 2009, d'interroger le Dr Q.\_\_\_\_\_ au sujet des pathologies évoquées, dont l'intimé n'avait pas connaissance et sur leur répercussion éventuelle sur la capacité de travail de l'assurée jusqu'à la date de la décision querellée.

**f)** Par courrier du 30 novembre 2009, la Cour de céans a demandé au Dr Q.\_\_\_\_\_ de bien vouloir répondre au questionnaire préparé par le conseil de la recourante.

**g)** Par courrier du 4 décembre 2009, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a fait état d'une gonarthrose droite actuellement calme, excluant les activités nécessitant la position agenouillée ou accroupie, et d'un syndrome douloureux somatoforme. Les douleurs rachidiennes étaient sans substrat organique et entraient dans le cadre du syndrome douloureux

somatoforme. L'exigibilité était dès lors de 100 % dans une activité adaptée.

**h)** Dans ses observations du 14 janvier 2010, l'intimé s'est référé à l'analyse du SMR du 11 janvier 2010, à laquelle il se ralliait. En ce qui concernait les limitations fonctionnelles liés à l'affection du genou droit, elles ne devaient pas être prises en compte dans le cadre du présent recours, la décision attaquée datant du 23 mars 2009, alors que le problème précité n'était pas encore apparu.

**i)** Par courrier du 5 février 2010, la recourante a réitéré sa demande de mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

**j)** Par courrier du 19 mai 2010, la recourante a produit un rapport du 15 avril 2010 établi par le service de rhumatologie du C. \_\_\_\_\_ faisant état comme diagnostic principal d'un syndrome douloureux chronique et d'un syndrome inflammatoire biologique d'origine indéterminée.

**k)** Par lettre du 17 juin 2010, l'intimé a proposé une nouvelle fois le rejet du recours.

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

**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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA).

Interjeté le 11 mai 2009, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours a été déposé en temps utile compte tenu des fêtes (art. 60 al. 1 LPGA) auprès du tribunal

compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), il est recevable.

**2.** En l'espèce, le litige, relatif au droit de la recourante à une rente d'invalidité, porte sur l'atteinte à la santé et son incidence sur la capacité de travail et de gain, singulièrement sur le point de savoir si l'invalidité s'est modifiée de façon à influencer le droit à la prestation pendant la période entre la décision sur opposition du 19 octobre 2004 et la décision litigieuse du 23 mars 2009.

**a)** Tant le droit au reclassement professionnel (art. 17 LAI) que le droit à une rente (art. 28 LAI) supposent que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 LAI). Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20; LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI).

**b)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 trancher 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 ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, 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 également 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 de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

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).

**3. a)** Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas

d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3, 125 V 412 consid. 2b, 117 V 200 consid. 4b et les références). 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 372 consid. 2b; SVR 1996 IV no 70, p. 204 consid. 3a et les références; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, p. 259).

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 et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (TFA I 67/02 du 2 décembre 2003 consid. 2, I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.1).

**b)** 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 114 consid. 2b, TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2 in fine). Dans une telle situation, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela

revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision 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, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108, 130 V 75 consid. 3.2).

**4. a)** En l'occurrence, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assurée. Ainsi, après avoir examiné l'ensemble du dossier médical à sa disposition jusqu'à la date de la décision attaquée du 23 mars 2009, il a considéré que l'état de santé tant physique que psychique de l'assurée ne s'était pas aggravé depuis la décision sur opposition du 19 octobre 2004. Pour sa part, la recourante ne critique pas la décision sur opposition précitée, mais estime que dans l'intervalle, les circonstances ont changé, principalement sur le plan psychiatrique. Toutefois, selon la recourante, au vu de l'importante divergence entre l'appréciation du SMR et celle de la Policlinique G.\_\_\_\_\_, au demeurant inconciliable, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique s'impose.

**b)** Il y a dès lors lieu d'examiner si le degré d'invalidité s'est modifié au point d'influencer le droit aux prestations, en procédant à la comparaison des situations de fait existant au moment de la décision sur opposition du 19 octobre 2004 et la décision litigieuse du 23 mars 2009.

Pour statuer sur le droit à la rente dans le cadre de la décision du 25 février 2004, confirmée sur opposition le 19 octobre 2004, puis par jugement du 7 mars 2006 du TASS, l'OAI s'est référé à un rapport d'expertise psychiatrique du 3 février 2004 établi par le Dr R.\_\_\_\_\_, qui a conclu que l'assurée présentait une capacité de travail médico-théorique variant entre 80 et 100 %. Il a ainsi relevé que l'intéressée avait probablement développé un état dépressif de gravité légère, éventuellement une dysthymie, en rapport avec des difficultés socio-

économiques, auquel s'ajoutait un trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale chronique, de gravité tout au plus légère d'un point de vue strictement psychiatrique, mais qui ne justifiait pas la reconnaissance d'une incapacité de travail. Sur le plan somatique, les praticiens consultés concluaient à la présence d'un trouble somatoforme douloureux et de la maladie de Forestier, les comorbidités psychiatriques justifiant une incapacité de travail évaluée à 30 % en qualité de ménagère (rapports du 13 août 2002 de la Dresse H.\_\_\_\_\_ et du Dr X.\_\_\_\_\_; du 18 février 2003 du Dr Q.\_\_\_\_\_ et du 16 avril 2003 de la Dresse J.\_\_\_\_\_). Finalement, l'OAI a retenu un taux d'invalidité de 20 % au maximum, le TASS considérant au surplus que le taux d'invalidité demeurait en tout état de cause inférieur au seuil de 40 % requis, raison pour laquelle la demande de rente devait être rejetée.

**c)** Par la suite, il s'avère que l'assurée a consulté de nombreux spécialistes (orthopédiste et rhumatologue) qui n'ont toutefois pas été en mesure d'établir une corrélation entre l'atteinte somatique et les plaintes. Les radiographies, scanners et IRM dorso-lombaires ont ainsi permis d'exclure une atteinte sévère sans toutefois expliquer les douleurs présentes de la tête aux pieds (rapport du 15 juillet 2008 des Drs E.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_). Dans un courrier du 3 septembre 2009 adressé au conseil de l'assurée, les Dresses T.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_ ont noté une légère progression de la maladie de Forestier déjà connue (cliché de janvier 2009), une discarthrose L4-L5 et L5-S1, une uncarthrose pluri-étagée, ainsi qu'une gonarthrose tricompartmentale ayant nécessité la réalisation d'une ponction du genou par le Dr Q.\_\_\_\_\_ en juin 2009. Interrogé au sujet des pathologies évoquées, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a estimé qu'il n'y avait pas de limitation au niveau de la mobilité rachidienne, mais des douleurs diffuses de la tête aux pieds, de nombreux points de fibromyalgie (Smythe) algique à 10/18, raison pour laquelle il a retenu le diagnostic de syndrome douloureux chronique somatoforme (courrier du 4 décembre 2009 adressé à la Cour de céans). S'agissant de l'atteinte au genou droit, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a confirmé avoir procédé en juin 2009 à une ponction qui avait permis d'extraire un liquide synovial clair non

infectueux typique d'une gonarthrose banale, puis avoir effectué une infiltration de corticoïdes. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a constaté l'absence d'épanchement, tout en ajoutant que de telles gonarthroses n'entraînaient en général pas de problème dans une activité excluant la position accroupie ou agenouillée. Cet élément ne saurait être examiné dans le cadre du présent recours, la décision attaquée datant du 23 mars 2009, date à laquelle ce problème n'était pas encore apparu (courrier du 4 décembre 2009, réponse à la question 9).

**d)** Par conséquent, seule la question de l'existence ou non d'un syndrome somatoforme douloureux, voire d'une fibromyalgie à caractère incapacitant doit être examinée en l'espèce, l'ensemble des praticiens consultés retenant l'un des diagnostics précités (notamment rapport du 7 février 2008 du Dr Q.\_\_\_\_\_ attestant un syndrome somatoforme douloureux sous forme de douleurs ubiquitaires; rapport du 15 juillet 2008 des Drs E.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_ mentionnant un syndrome somatoforme douloureux sous forme de douleurs ubiquitaires; rapport du 15 avril 2010 du service de rhumatologie du C.\_\_\_\_\_ évoquant un syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie). En effet, même si le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) n'a pas été retenu, la pathologie dont les praticiens précités ont fait état, appartient au même registre et doit être analysé selon les critères juridiques applicables aux troubles somatoformes douloureux. Sur ce point, le SMR a précisé que si l'on appliquait avec rigueur les critères diagnostiques de la CIM-10 pour la fibromyalgie et pour le trouble somatoforme, on se trouvait fréquemment en présence d'une affection de cet ordre, laquelle ne remplissait toutefois pas complètement lesdits critères, comme c'était le cas en l'espèce. D'un point de vue asséculogique, de telles situations étaient cependant assimilables au syndrome douloureux somatoforme/fibromyalgie (avis médical du SMR du 11 janvier 2010).

Dans les cas de troubles somatoformes douloureux, il existe une présomption selon laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible;

la jurisprudence a étendu cette présomption au diagnostic de fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 p. 71; TF, 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1). Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté; dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs; la question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères, au premier plan desquels figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 p. 71; TF, 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1). 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); enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 p. 71; TF, 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.2).

Le diagnostic de trouble dépressif ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens de la jurisprudence. En effet, selon la doctrine médicale (cf. notamment Dilling/Mombour/Schmidt [éd.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4<sup>e</sup> éd., p. 191), sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome des troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1; TFA I 513/05 du 7 septembre 2006).

**e)** Sur le plan psychique, le dossier comprend un examen du 13 novembre 2008 de la Dresse I. \_\_\_\_\_ du SMR, qui retient les diagnostics de dysthymie (F34.1) et de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), considérant toutefois qu'ils n'avaient aucune répercussion sur la capacité de travail de l'assurée, rejoignant ainsi les constatations faites antérieurement par le Dr R. \_\_\_\_\_ dans son examen psychiatrique du 3 février 2004. Ce dernier avait en effet retenu le diagnostic, d'éventuellement fond dysthymique, en rapport avec des difficultés socio-économiques présentées par la famille en 2000, accompagné d'un trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale chronique, de gravité tout au plus légère, d'un point de vue strictement psychiatrique. La Dresse I. \_\_\_\_\_, quant à elle, a exposé que l'examen clinique n'avait notamment pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide ou d'état de stress post-traumatique. Certes, l'assurée souffrait d'une dysthymie, c'est-à-dire d'une dépression chronique de l'humeur, mais dont la sévérité était insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen. Elle a conclu que l'assurée ne souffrait d'aucune pathologie à caractère incapacitant, raison pour laquelle la capacité de travail exigible était de 100 % dans toute activité. A ce rapport, s'oppose celui du 27 juin 2008 des Drs L. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_, psychiatres traitants de l'assurée à la

Policlinique G.\_\_\_\_\_, lesquels ont retenu les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant et d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques depuis octobre 2007, et ont attesté une totale incapacité de travail, bien que "nous n'avons jamais effectué d'arrêt de travail depuis 2007".

Le rapport du 24 novembre 2008 de la Dresse I.\_\_\_\_\_ du SMR repose sur un examen clinique et son contenu répond en tous points aux exigences de la jurisprudence en ce qui concerne la valeur probante des expertises médicales (cf. consid. 2b supra). Il décrit clairement et de manière fouillée tous les points importants, l'appréciation de la situation médicale est bien expliquée et les conclusions de l'experte sont parfaitement motivées. Les raisons pour lesquelles une dysthymie (F34.1), selon la terminologie de la CIM-10, est la mieux à même de décrire la psychopathologie de la recourante font l'objet d'une démonstration convaincante. Ce rapport, dont les conclusions rejoignent celles du Dr R.\_\_\_\_\_ qui avait examiné la recourante en 2004, doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. Le courrier du 20 février 2009 de la Dresse B.\_\_\_\_\_, nouvelle psychiatre traitante à la Policlinique G.\_\_\_\_\_, ne fait pas état d'éléments objectifs qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise du SMR et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de cette expertise. Certes, la Dresse B.\_\_\_\_\_ a noté une péjoration globale de l'état de santé de sa patiente depuis début octobre 2007 tout en confirmant que cette dernière présentait depuis cette date un épisode dépressif sévère. Toutefois, il s'agit manifestement d'une appréciation différente d'une situation similaire, puisque l'examen clinique du SMR réalisé en novembre 2008 a pris en compte "l'aggravation clinique" décrite par la Dresse B.\_\_\_\_\_. La Dresse I.\_\_\_\_\_, consciente de cette différence d'appréciation avec les intervenants de la Policlinique G.\_\_\_\_\_ et elle-même, a clairement expliqué que le status psychiatrique effectué par les Drs L.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_, ne permettait pas de retenir que les critères cliniques de la CIM-10 en faveur d'un diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, étaient réunis. Les psychiatres ont ainsi fait état d'un "discours centré sur les plaintes douloureuses avec une

pensée rétrécie", et ont décrit l'assurée comme "relativement agitée avec un changement de position fréquent, des grimaces qui expriment un inconfort avec une empreinte démonstrative".

Vu le comportement démonstratif de l'assurée, il semble que les psychiatres traitants aient fait le postulat de la sincérité de leur patiente, alors que la Dresse I. \_\_\_\_\_ a évalué de manière critique les plaintes de l'intéressée. Or, la tâche d'un médecin consiste précisément à porter un jugement sur l'état de santé d'un assuré et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est incapable de travailler. Les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de ce dernier (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). Dans ce contexte, les conclusions du SMR apparaissent plus objectives dès lors qu'elles se fondent non seulement sur les seules plaintes de l'expertisée, mais aussi sur les constatations objectives et l'anamnèse, qui ont conduit la Dresse I. \_\_\_\_\_, de manière convaincante, à retenir le diagnostic de dysthymie, trouble n'entraînant aucune incapacité de travail. Par conséquent, à défaut d'éléments objectivement vérifiables attestant de la gravité du trouble dépressif majeur affectant la recourante et de son influence sur la capacité de travail, il n'y a pas lieu de s'écarter de la décision attaquée sur ce point précis.

**f)** Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir, sur le plan psychiatrique, le seul diagnostic de dysthymie. Un tel diagnostic ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens de la jurisprudence relative à la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. consid. 4d, 3ème § supra). Les autres critères déterminants pour reconnaître exceptionnellement le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail n'apparaissent pas davantage remplis en l'espèce. S'agissant en particulier d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, on ne saurait manifestement la retenir au vu des renseignements contenus dans le rapport d'expertise du SMR. En effet, malgré que l'assurée déclare passer

ses journées au lit, sans rien faire, elle prépare le repas, regarde la télévision, discute avec ses enfants, sort faire des promenades avec ses amies qu'elle voit régulièrement et fait des courses une fois par semaine à [...]. Par ailleurs, elle est partie en 2008 en bus au [...]. En tout état de cause, on ne voit pas que la recourante réunisse en sa personne plusieurs de ces critères (ou du moins pas dans une mesure très marquée) qui fondent un pronostic défavorable en ce qui concerne l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle. Le point de savoir si des affections corporelles chroniques ou un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable, existent, peut demeurer indécis. En effet, on ne saurait faire abstraction du discours démonstratif et de l'attitude histrionique de la recourante pour qui toute proposition thérapeutique paraît d'emblée vouée à l'échec. Sur ce point, on peut regretter l'absence de dosage sérique, élément qui est important pour évaluer la compliance du patient. Enfin, l'intéressée n'a jamais été hospitalisée en milieu psychiatrique ou fait l'objet d'autres mesures thérapeutiques transitoires plus conséquentes, son encadrement à domicile étant assuré par ses proches.

**g)** Au vu de ce qui précède, il apparaît que le trouble somatoforme ne se manifeste pas avec une sévérité telle que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur complète de la capacité de travail de l'assurée ne peut plus être raisonnablement exigée de sa part. L'appréciation de l'intimé se révèle par conséquent bien fondé.

**5. a)** Par conséquent, il y a lieu de constater qu'il n'existe en l'espèce aucun motif justifiant de procéder à une révision du droit à la rente. Dès lors, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée, sans qu'il y ait lieu de procéder aux mesures d'instruction complémentaire requises par la recourante.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais

de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 francs (art. 69 al. 1 bis LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 250 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision rendue le 23 mars 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III.** Les frais de justice, par 250 francs (deux cent cinquante 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 à :

- Me Charton, avocate à Lausanne (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :