

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 mars 2012

Présidence de M. JOMINI
Juges : MM. Schmutz et Bidiville, assesseurs
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

P. _____, à [...], recourante, représentée par Me Robert Lei Ravello,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI; 17 LPGA

E n f a i t :

A. a) P._____, née en 1975, mariée et mère de deux enfants (nés en [...] et [...]), assistante dentaire de formation, travaillait en qualité de caissière au magasin [...] depuis le 1^{er} octobre 1999 à raison de 20 heures par semaine. A ce titre, elle était assurée par la Caisse nationale suisse contre les accidents (CNA) contre les accidents professionnels et non professionnels.

Par déclaration d'accident LAA du 27 décembre 1999, la prénommée a indiqué que le 8 décembre 1999, elle avait été victime d'une chute dans les escaliers entraînant une contusion lombaire. Elle a consulté la Dresse K._____, spécialiste FMH en médecine interne, qui a préconisé un traitement conservateur sous forme de AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens) et de physiothérapie (rapport médical du 7 janvier 2000). Dans un rapport médical intermédiaire du 4 février 2000, le Dr Z._____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assurée, a fait état de douleurs persistantes au rachis et aux poignets, ainsi que de troubles psychologiques (probable trouble de la personnalité). Il ne s'est pas prononcé quant à la capacité de travail de sa patiente, préconisant un examen clinique par un médecin de la CNA, ainsi qu'un examen psychiatrique.

Dans un rapport d'examen du 15 février 2000, le Dr W._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA, a rappelé que l'assurée avait été victime d'un premier accident en 1994 (chute d'une fenêtre d'une hauteur de trois mètres) ayant entraîné une fracture des deux poignets et qu'elle souffrait depuis lors d'un syndrome douloureux intermittent au niveau des deux poignets. S'agissant de l'accident de 1999, le Dr W._____ a exposé ce qui suit :

"Chez cette patiente de 25 ans, au status après fracture des deux poignets avec comme conséquence un

syndrome douloureux occasionnel à l'effort, on se trouve actuellement à deux mois d'une chute dans les escaliers. Cette chute fut à l'origine d'une contusion du poignet gauche et de la région lombaire.

L'évolution est défavorable dans le sens où les douleurs persistent. Elles intéressent toujours la région lombaire et les deux poignets. L'assurée n'a pas encore repris son activité professionnelle.

Le médecin traitant évoque la présence de troubles psychologiques.

L'examen du jour met en évidence une patiente hyperalgique à la palpation de l'ensemble des quatre membres et de la région paravertébrale cervico-dorso-lombaire. Les diverses articulations sont également douloureuses à la mobilisation bien qu'elles présentent un aspect parfaitement physiologique. Il n'y a pas de troubles neurologiques associés.

A deux mois de l'accident, sans lésion anatomique objectivée, l'on doit s'attendre à une guérison.

Actuellement, nous avons divers signes de non organicité avec probable influence de facteurs extra-anatomiques, qui ne sont pas du ressort de la Suva.

En conséquence, la patiente est considérée comme apte au travail à 100 % à partir du 15.2.2000".

Par décision du 22 février 2000, la CNA, après avoir versé des indemnités journalières du 11 décembre 1999 au 14 février 2000, a mis un terme à ses prestations d'assurance au motif que les troubles présentés par l'assurée étaient désormais imputables seulement et exclusivement à un état maladif indépendant de l'accident du 8 décembre 1999. L'assurée était dès lors priée de s'adresser à son assurance-maladie.

b) Le 14 février 2000, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) tendant à l'octroi d'une rente en raison de deux accidents survenus en 1994 et 1999. Le 8 février 2001, elle a rempli un complément à sa demande en déclarant qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à 100 % en qualité de caissière afin de garder une place dans la vie active et ce, depuis toujours (formulaire 531 bis).

Dans un rapport médical du 5 juin 2000, le Dr Z._____ a posé les diagnostics d'état dépressif, de troubles psychologiques et de syndrome douloureux somatoforme. Il a attesté une incapacité de travail du 8 décembre 1999 au 14 février 2000, ajoutant que sa patiente consultait depuis le 13 avril 2000 le Dr G._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

Par courrier du 6 février 2001, le Dr G._____ a indiqué que l'intéressée l'avait consulté à trois reprises, la dernière fois en date du 25 mai 2000 en raison de dépenses inconsidérées dans le cadre d'un conflit de couple, mais qu'elle avait depuis lors spontanément interrompu la prise en charge.

Dans un rapport intermédiaire du 28 janvier 2002, le Dr Z._____ a indiqué que sa patiente présentait toujours des douleurs chroniques bilatérales au niveau des poignets, exacerbées au moindre effort, ce qui l'handicapait dans sa vie quotidienne. Aucune amélioration n'ayant été constatée depuis le 8 décembre 1999, le Dr Z._____ a attesté une totale incapacité de travail. Il a précisé que sur le plan psychique, sa patiente allait bien, cette dernière lui ayant affirmé qu'elle ne souffrait d'aucun trouble d'ordre psychologique. Le Dr Z._____ a en outre transmis un courrier du 3 avril 2001 du Dr V._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, lequel a conseillé l'adaptation d'attelle de soutien, tout en préconisant, en cas d'évolution défavorable, une ostéotomie de correction du radius distal droit et gauche en raison d'une laxité ligamentaire.

Dans un rapport médical établi en date du 30 mai 2002 à la demande de l'OAI, le Dr V._____ a posé le diagnostic de status après fracture des deux poignets en 1994. Il a exclu la reprise de l'activité habituelle de caissière afin de limiter les mouvements répétitifs consistant à tirer et porter la marchandise présentée sur le tapis roulant, ainsi que d'éviter le port de charges lourdes.

Dans un rapport initial du 27 août 2002, le Service de réadaptation de l'OAI a relevé que l'assurée souhaitait travailler à 70 % en raison de sa charge familiale dans le domaine du bureau, seule activité qu'elle pensait être capable d'exercer. Toutefois, vu l'absence de formation et d'expérience professionnelle de l'intéressée dans ce type d'emploi, un stage d'orientation de trois mois était indispensable, mais impossible à organiser sans une clarification préalable de la capacité de travail exigible.

Au vu de ces éléments, l'OAI a soumis le cas de l'assurée à son Service médical régional (SMR) qui, par avis du 11 novembre 2002, a retenu une capacité de travail d'environ 100 % dans une activité adaptée. L'assurée a finalement indiqué qu'elle n'était pas en mesure d'assumer une réadaptation à 100 % et que la garde de ses enfants lui posait problème (rapport final du 22 janvier 2003 du Service de réadaptation de l'OAI). L'Office précité a finalement retenu le statut de 50 % active et de 50 % ménagère (note interne du 3 novembre 2003). Dans le cadre de l'enquête économique sur le ménage effectuée le 9 janvier 2004, l'invalidité dans l'activité ménagère a été évaluée à 22.45 % (rapport d'enquête du 9 janvier 2004). Au vu de ces éléments, le Service de réadaptation de l'OAI a souhaité mettre sur pied un stage d'observation à 50 % afin de définir s'il existait une activité adaptée à son handicap qui lui soit accessible sans formation professionnelle ou par le biais d'une mise au courant. Sans nouvelles de la part de l'assurée, il n'a pas été possible d'organiser ce stage (rapport final du 1^{er} mars 2004 du Service de réadaptation de l'OAI).

c) Par décision du 22 mars 2004, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente et de mesures professionnelles. Il a ainsi considéré que sans atteinte à la santé, l'assurée ne travaillerait qu'à 50 %, les 50 % restant étant consacrés à la tenue de son ménage. Compte tenu de l'absence de préjudice économique dans la part active, exercée à 50 %, et d'un empêchement de 22.45 % dans l'activité ménagère, exercée à 50 %, l'OAI a constaté que l'invalidité globale se montait à 11.22 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à la rente.

Cette décision est entrée en force.

B. a) Le 7 décembre 2009, P._____ a formulé une nouvelle demande de prestations AI tendant à l'octroi de mesures pour une réadaptation professionnelle en raison d'"atteintes aux os des poignets". L'intéressée a précisé qu'elle avait travaillé de 1993 à 2003 en qualité de vendeuse auprès du magasin [...] et que parallèlement, elle avait assumé des travaux de conciergerie de 2004 à 2008. Depuis le septembre 2005, elle travaillait à 70 % en qualité de collaboratrice au service de distribution auprès de D._____ à [...].

Souffrant d'un syndrome de tunnel carpien bilatéral depuis 2007 environ, l'assurée a finalement subi une opération chirurgicale le 5 février 2009 (décompression du nerf médian au poignet gauche; protocole opératoire du 5 février 2009) pratiquée par la Dresse B._____, spécialiste FMH en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique. Dans un rapport médical du 2 avril 2009, elle a attesté une incapacité de travail à 100 % du 5 février au 10 mars 2009 et à 50 % du 11 mars au 19 avril 2009, la reprise de l'activité professionnelle étant prévue pour le 20 avril 2009. L'assurée a finalement subi la même intervention au poignet droit le 17 août 2009, la Dresse B._____ attestant une incapacité totale dès la date précitée pour une durée de 6 semaines au minimum (rapport médical du 15 septembre 2009). Dans l'intervalle, le Dr Z._____ a attesté une totale incapacité de travail dès le 22 juin 2009. Le cas a été pris en charge par [...], assureur perte de gain de l'employeur, qui a versé des indemnités journalières en cas de maladie.

Au vu de ces éléments, l'OAI a sollicité l'avis du SMR, qui, dans un rapport du 16 février 2010, a notamment relevé ce qui suit :

"Une décision de refus de rente et de MOP a été rendue en mars 2004, l'assurée ayant une CT entière dans une activité ménageant ses poignets. Elle s'est alors elle-même recyclée à D._____ pour la distribution (sans faire mention de problème aux poignets dans le

questionnaire médical d'engagement du 25.08.2006, figurant au dossier médical tiers du 15.12.2009). Elle est en IT depuis novembre 2008, à nouveau en raison de douleurs aux poignets, en plus de l'arthrose, il y avait un syndrome du tunnel carpien bilatéral, qui avait l'objet de cures chirurgicales en février et août 2009, avec une évolution favorable. L'activité de factrice qui implique des mouvements répétitifs des poignets pour le tri, n'est pas adaptée. Dans une activité adaptée, la CT est entière".

Le SMR a estimé que le début de l'aptitude à la réadaptation devait débiter en novembre 2009.

Par communication du 22 février 2010, l'OAI a pris en charge une mesure d'intervention précoce pour la période allant du 8 au 26 mars 2010 auprès du Centre U._____ de [...] dans le cadre d'un contrat d'objectifs signé avec l'assurée le 16 février 2010 en vue de valider l'intérêt de l'assurée pour le domaine du bureau-commerce, défini comme adapté à l'atteinte à la santé, évaluer ses aptitudes pour le métier et éventuellement proposer une mesure courte pour faciliter la réinsertion professionnelle sous forme de compléments de formation.

Dans un rapport médical du 25 février 2010, le Dr Z._____ a préconisé des mesures pour une réadaptation professionnelle en raison des douleurs résiduelles ressenties par sa patiente aux poignets aggravées par le port de charges. Il a attesté une capacité entière de travail dans une activité adaptée, soit excluant le port et la manipulation de charges répétitives dépassant 5 kg. Le Dr Z._____ a également produit un courrier du 4 février 2010 établi par le Dr S._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et chirurgie de la main, qui a proposé une ostéotomie de correction de la métaphyse distale du radius par ouverture dorsale et greffe iliaque tricorticale cunéiforme pour rétablir une pente radiale physiologique.

L'assurée a finalement arrêté la mesure d'orientation au Centre U._____ deux jours après l'avoir débutée en raison de l'importance des douleurs ressenties. Lors d'un entretien du 14 avril 2010 avec le Service de réadaptation de l'OAI, l'assurée a expliqué qu'elle aurait

voulu travailler à 100 %, mais que D. _____ n'avait pu lui proposer qu'un poste à 70 %.

d) Par communication du 16 avril 2010, l'OAI a octroyé à l'assurée une orientation professionnelle et un soutien dans ses recherches d'emploi.

En date du 16 avril 2010, l'OAI a adressé à P. _____ un projet de décision dans le sens d'un refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles. Considérant que la capacité de travail de l'assurée était de 100 % dans une activité adaptée dès novembre 2009, l'OAI a constaté que l'assurée n'avait pas présenté une incapacité de gain de longue durée, soit d'une année au moins sans interruption notable. Par ailleurs, l'OAI a procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'assurée compte d'une exigibilité de 100 % dans une activité adaptée dès novembre 2009. Sur la base d'un revenu mensuel de 4'116 fr. selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) dans une activité simple et répétitive dans le secteur privé (production et services) en 2008, compte tenu du temps de travail hebdomadaire moyen effectué dans les entreprises en 2005 (41.6 heures), de l'évolution des salaires nominaux de 2008 à 2009 (+1.35 %) et d'un taux d'abattement de 10 %, l'OAI a estimé que l'assurée était en mesure de réaliser un revenu annuel de 46'855 fr. 03. Un tel revenu, comparé au gain de valide de 55'967 fr. 15, mettait en évidence une perte de gain de 9'112 fr. 10, ce qui correspondait à un taux d'invalidité de 16 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

Dans le cadre de sa contestation, l'assurée a produit un certificat médical du 25 juin 2010 du Dr Z. _____ lequel a conclu à une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle, ainsi que dans toute activité adaptée. Le médecin traitant a transmis à cette occasion un rapport médical du 20 mai 2010 du Dr N. _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie qui a préconisé une reconversion professionnelle.

Par décision du 2 juillet 2010, l'OAI a confirmé son projet de décision du 16 avril 2010.

C. a) Par acte de son mandataire du 6 septembre 2010, P._____ interjette recours contre cette décision et conclut, sous suite de frais et dépens, à l'admission du recours, à la constatation de son droit aux prestations de l'assurance-invalidité avec effet au jour du dépôt de sa demande et de son inaptitude au remplacement au vu de ses limitations fonctionnelles, ainsi qu'à la réforme de la décision attaquée, en ce sens qu'une rente entière doit lui être allouée. Elle conteste tout d'abord la capacité de travail entière dans une activité adaptée retenue par l'intimé en se référant notamment au certificat médical du 25 juin 2010 du Dr Z._____. On ne saurait en effet lui faire grief de n'avoir pas tout entrepris pour tenter de se réinsérer professionnellement au vu de ses importantes limitations fonctionnelles. Ses tentatives ont finalement toutes avortées, même celle prévue auprès du Centre U._____ à laquelle elle a dû mettre très rapidement un terme au vu de ses douleurs. Par ailleurs, D._____ a résilié son contrat de travail faute de toute possibilité concrète au sein de l'entreprise de la réinsérer convenablement (courrier du 6 août 2010). Elle est également fortement atteinte sur le plan psychique en raison de l'aggravation de son état de santé physique. Elle soutient qu'elle n'est ainsi pas en mesure de surmonter la douleur et qu'elle remplit l'ensemble des critères applicables dans le cadre de trouble somatoforme douloureux. Elle sollicite dès lors la mise en œuvre d'une expertise indépendante et pluridisciplinaire afin de déterminer ses réelles aptitudes, ainsi que la production par le Centre U._____ d'une attestation décrivant la cessation de la mesure.

b) Par décision du 22 septembre 2010, le Bureau de l'assistance judiciaire a mis l'assurée au bénéfice de l'assistance judiciaire pour la procédure en cours avec effet au 6 septembre 2010 et désigné Me Robert Lei Ravello en qualité d'avocat d'office.

c) Dans sa réponse du 2 novembre 2010, l'Office intimé a proposé le rejet du recours en se référant à l'avis médical du 12 octobre 2010 du SMR, lequel a notamment relevé ce qui suit :

"(...) A l'appui du recours, son conseil cite un rapport du Dr Z. _____ du 25.06.2010 qui, contrairement à ce qu'il écrivait le 25.02.2010, estime que la CT est nulle même dans une activité adaptée, sans qu'il ait eu de faits nouveaux. Le Dr Z. _____ mentionne un examen du 24.04.2010 par le rhumatologue Dr N. _____ ; or ce spécialiste, dans sa lettre du 20.05.2010 au Dr Z. _____ (...) dit clairement que l'assurée est apte à une reconversion professionnelle. Le fait que D. _____ ait licencié l'assurée parce qu'il n'y avait pas d'activité adaptée à lui proposer ne saurait démontrer qu'elle est incapable de travailler; il en va de même pour l'interruption du stage d'observation au Centre U. _____ de mars 2010 après 2 jours pour cause de douleurs".

d) Dans ses déterminations du 28 janvier 2011, la recourante a indiqué que son contrat était résilié pour le 31 janvier 2011. Privée de tout revenu, elle requiert le versement à titre provisoire d'une rente entière d'invalidité.

e) Dans sa duplique du 11 février 2011, l'Office intimé a confirmé ses conclusions.

f) La recourante a produit un certificat médical du 15 avril 2011 du Dr Z. _____ attestant qu'elle bénéficie d'un traitement par antidépresseur sédatif en raison de perte pondérale, angoisses et dépression.

E n d r o i t :

1. Interjeté le 6 septembre 2010, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en

temps utile compte tenu des fériés (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]). Il respecte en outre les autres exigences légales de recevabilité (art. 61 let. b LPGA). Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. La recourante a conclu, dans le cadre de ses déterminations du 28 janvier 2011, à ce qu'une rente entière lui soit versée à titre provisionnel. Elle fait valoir que l'absence de versement d'une rente depuis la fin janvier 2011 (date de la fin des rapports de service) la prive de tout revenu.

Les mesures provisionnelles doivent être prononcés, aux termes de l'art. 86 LPA-VD, que si elles apparaissent nécessaires à la conservation d'un état de fait ou de droit, ou à la sauvegarde d'intérêts menacés. En revanche, elles ne sauraient, en principe tout au moins, anticiper sur le jugement définitif, ni équivaloir à une condamnation provisoire sur le fond, ni non plus aboutir abusivement à rendre d'emblée illusoire le procès au fond (ATF 119 V 506 consid. 3 et les références citées). Or, en l'espèce, la question de savoir si l'assurée a droit au non à une rente entière d'invalidité relève indiscutablement du fond. Au demeurant, il n'appartient ni à la juridiction cantonale d'octroyer une rente dans le cadre de mesures provisionnelles, ni à l'Office AI d'allouer provisoirement à la recourante les moyens de subsistance nécessaires. Selon la jurisprudence, il faut tenir compte, dans la pesée des intérêts, de l'intérêt de l'assureur social, qui pourrait ne pas parvenir à obtenir la restitution de sommes versées à tort, au cas où le versement d'une rente aurait été ordonnée à titre de mesures provisionnelles avant un jugement confirmant le refus du droit aux prestations (ATF 119 V 507 consid. 4 et les références, 105 V 269 consid. 3). Quoiqu'il en soit, vu le présent arrêt, la requête de mesures provisionnelles est devenue sans objet. S'il avait été statué préalablement sur ce point, la requête aurait dû être rejetée.

3. Sur le fond, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente (entière) d'invalidité, singulièrement sur l'existence d'une atteinte à la santé invalidante au sens de la loi.

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 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).

c) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI). 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).

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). 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 de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108, 130 V 75 consid. 3.2).

4. En l'espèce, il convient d'examiner si, à compter de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, soit celle du 22 mars 2004, il y a eu un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité. Cette décision comportant une motivation relativement sommaire, il est nécessaire de se référer au contenu des rapports médicaux pour déterminer si l'état de santé s'est, depuis lors, péjoré au point d'entraîner une perte de gain qui ouvrirait droit à une rente d'invalidité ou à des mesures d'ordre professionnel.

a) Il n'est pas contesté que l'intéressée présente une atteinte au niveau des deux poignets depuis sa chute d'une fenêtre en 1994 (fracture) entraînant un syndrome douloureux intermittent. Le 8 décembre 1999, elle a été victime d'une chute dans les escaliers avec réception sur les deux poignets provoquant une contusion du poignet gauche (rapport médical du 14 février 2000 du Dr W. _____). Le Dr Z. _____ a évoqué des douleurs chroniques bilatérales exacerbées au moindre effort (rapport médical du 28 janvier 2002), élément corroboré par le Dr V. _____ qui a exclu la reprise de l'activité habituelle de caissière en raison du port de charges lourdes et du mouvements répétitifs des deux poignets (rapport du 30 mai 2002). C'est sur la base des éléments médicaux précités que l'intimé a retenu que l'assurée était en mesure de travailler à 50 % dans

une activité adaptée, soit respectant les limitations fonctionnelles précitées. Finalement, l'intimé a considéré que sans atteinte à la santé, l'assurée ne travaillerait qu'à 50 % dans une activité adaptée, les 50 % restant étant consacrés à la tenue de son ménage, tout en concluant à une invalidité globale de 11.22 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à la rente.

b) A l'appui de sa nouvelle demande de prestations, P. _____ a indiqué qu'elle présentait une atteinte au niveau des os des poignets. Le dossier médical de l'assureur perte de gain a fait état d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral nécessitant deux interventions, soit en février et août 2009 entraînant à chaque fois une incapacité de travail totale de six semaines attestée par la Dresse B. _____. Au vu de ces éléments, le SMR a estimé que l'activité habituelle de collaboratrice en distribution de lettres n'était pas adaptée aux limitations fonctionnelles décrites (pas de travaux de force impliquant les poignets, ni de mouvements répétitifs des poignets), lesquelles étaient superposables à celles retenues en 2004. Dans ce contexte, il est probable que l'activité déployée à D. _____ n'était pas adaptée aux limitations fonctionnelles précitées.

Dans le cadre de son recours, P. _____ n'a pas démontré par une argumentation précise et étayée, qu'il existerait au dossier une appréciation médicale objective mieux fondée que les éléments retenus par l'intimé qui justifierait la mise en œuvre d'une mesure d'instruction complémentaire. L'ensemble des praticiens consultés n'a ainsi jamais exclu la reprise de toute activité adaptée, le Dr S. _____ préconisant une reconversion professionnelle (rapport du 4 février 2010), avis partagé par les Drs N. _____ (rapport du 20 mai 2010) et Z. _____ (rapport médical du 25 février 2010). Certes, le Dr Z. _____ a, dans le cadre de la contestation de l'assurée, conclu à une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle, ainsi que dans toute activité adaptée (rapport médical du 25 juin 2010). Toutefois, il y a lieu de constater que le Dr Z. _____ a d'avantage fait état d'un handicap subjectif que de véritables limitations objectives. On ignore ainsi tout des examens qu'il a personnellement mis en œuvre et du raisonnement qui lui a permis d'aboutir à cette

appréciation. Les mêmes conclusions s'imposent s'agissant de l'observation professionnelle au Centre U._____. En effet, les informations recueillies au cours du stage, soit en l'espèce l'abandon de la mesure en raison de douleurs, ne sauraient l'emporter sur l'absence d'éléments médicaux propres à justifier la reconnaissance d'un droit à une rente entière d'invalidité. En tout état de cause, 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 de ce 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; TFA du 9 octobre 2001, I 382/00, consid. 2b), ce qui n'est pas le cas en l'espèce. En effet, on ne voit pas comment la jurisprudence en matière de trouble somatoforme douloureux pourrait trouver application dans le cas de la recourante. Outre le fait que le diagnostic précité n'a pas été attesté par un rhumatologue comme le Dr N._____, le status psychiatrique est décrit de manière succincte par le Dr Z._____ (certificat médical du 15 avril 2011), lequel n'a pas précisé si sa patiente présentait une incapacité de travail pour ce motif, ni si elle bénéficiait d'une psychothérapie. Dès lors, l'appréciation des pièces médicales ne saurait être valablement mise en cause par la seule affirmation selon laquelle il existerait une aggravation dûment documentée.

c) Dans ces conditions, force est de constater qu'il n'y a aucune raison de s'écarter des avis médicaux des 16 février et 12 octobre 2010 du SMR, qui a résumé de manière convaincante l'évolution médicale des atteintes aux poignets de la recourante, ainsi que leur incidence sur sa capacité de travail. La décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle retient que la recourante conserve une capacité de travail

raisonnablement exigible de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (cf. aussi, à ce propos, consid. 6 infra).

5. Au regard de la capacité résiduelle de travail de la recourante dans une activité adaptée, l'intimé a considéré qu'elle présentait un taux d'invalidité inférieur à 20 %, ne justifiant pas l'octroi de mesures de reclassement dans une nouvelle profession. Vérifié d'office, le calcul du taux d'invalidité qu'il a effectué (16 %) ne prête pas flanc à la critique. Il n'y a pas lieu de revenir plus en détail sur ce calcul, dans la mesure où la recourante se limite à contester la capacité résiduelle de travail constatée par l'intimé, sans soulever de grief relatif au taux d'invalidité inférieur à 20 % finalement retenu.

6. Enfin, la recourante estime qu'elle n'est pas en mesure de reprendre une activité professionnelle et qu'elle ne voit pas quelle activité de substitution elle pourrait assumer.

a) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1; TF 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 5).

b) In casu, il y a lieu de rappeler que compte tenu des limitations fonctionnelles décrites par les médecins, le nouveau poste de travail

n'impliquerait pas nécessairement d'adaptations particulières. Vu le large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées) que recouvre le marché du travail en général - et le marché du travail équilibré en particulier - (TF I 383/06 du 5 avril 2007 consid. 4.4), on constate qu'un nombre significatif d'entre elles, ne nécessitant aucune formation spécifique, sont adaptées aux problèmes physiques de la recourante. A ce sujet, comme le soulève la recourante, on peut éventuellement regretter que l'office AI n'ait mentionné aucune activité exigible au cours de l'instruction. Toutefois, dans des activités non qualifiées telles que celles recensées par l'Office fédéral de la statistique, il existe un large éventail d'activités variées qui ne requièrent ni force particulière, ni mouvements répétitifs des poignets. Il suffit à cet égard de se référer à des travaux en partie mécanisés ou automatisés dans le secteur industriel, voire à des activités relativement nombreuses de surveillance. A cet effet, une aide au placement a été accordée afin que l'assurée puisse obtenir un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié. Il sied enfin de rappeler que, conformément à l'obligation de diminuer le dommage, le recourant est tenu d'atténuer par tous les moyens les effets de son invalidité en tirant parti de son entière capacité résiduelle de travail (ATF 123 V 96 consid. 4c; 113 V 28 consid. 4a; TFA I 606/02 du 30 janvier 2003, consid. 2 et les références citées). La Cour de céans ne saurait en effet fonder son jugement sur le travail que l'intéressée s'estime capable de fournir, mais bien sur celui qui est objectivement compatible avec son état de santé, tels qu'il ressort des certificats médicaux ayant valeur probante.

7. a) Au vu de ce qui précède, il apparaît que la recourante présente une capacité de travail entière dans le cadre d'une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles retenues par le SMR, de sorte qu'il n'existe 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) La procédure est onéreuse; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al.1 bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36], applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al.1 let. a et b CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires, celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art.18 al. 5 LPA-VD).

c) En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 450 fr. et devraient être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que la recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA)

d) La recourante a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Robert Lei Ravello à compter du 6 septembre 2010 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Celui-ci a produit la liste de ses opérations, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure. Me Robert Lei Ravello a ainsi droit à une indemnité d'honoraire de 1'609 fr. 65 (8.28 X 180) montant auquel il convient d'ajouter la TVA par 119 fr. 25 et à des débours par 108 fr. (dont 8 fr. de TVA). L'indemnité globale doit ainsi être fixée à 1'717 fr. 65, débours et TVA compris.

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art.

123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 CPC). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ) en tenant compte des montants payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure.

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 2 juillet 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 450 fr. (quatre cent cinquante francs), sont laissés à la charge de l'Etat.

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

- V.** L'indemnité d'office de Me Robert Lei Ravello, conseil de la recourante, est arrêtée à 1'717 fr. 65 (débours et TVA compris).

- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Lei Ravello, avocat 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.

L'arrêt qui précède est communiqué, par courrier électronique, au Service juridique et législatif.

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 :