

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 15 juin 2009

---

Présidence de      Mme      LANZ PLEINES  
Juges      :      M.      Abrecht et Mme Di Ferro Demierre  
Greffier      :      M.      Perret

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**L.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante, représentée par l'avocat Eduardo Redondo, à Vevey,

et

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

---

**Art. 8 al. 1, 17 LPGA; 4 al. 1, 28 LAI; 87 al. 3 et 4 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** L.\_\_\_\_\_, née en 1953, d'origine mauricienne, est entrée en Suisse en 1984, pays dont elle a acquis la nationalité par mariage en 1985. Sans formation, elle a travaillé auprès de différents employeurs successifs, son activité étant entrecoupée de plusieurs périodes de chômage. Depuis 1988, l'assurée a présenté des douleurs évolutives à l'hémicorps droit ainsi que diverses allergies. Du 13 juin au 17 novembre 2000, elle a été employée comme ouvrière par la société [...], auprès de laquelle elle avait été placée par la société de travail temporaire [...]. Dès le 1<sup>er</sup> novembre 2000, L.\_\_\_\_\_ s'est retrouvée en incapacité totale de travail. Son médecin-traitant, le Dr T.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, a attesté d'une incapacité de travail de 50 % dès le 10 octobre 2001, en raison d'algies non systématisées (céphalées, douleurs à l'hémicorps droit et aux pieds). L'assurée n'a pas repris l'exercice d'une activité lucrative.

**B.** L.\_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) le 11 octobre 2001, sollicitant l'octroi d'une rente.

Un examen clinique bidisciplinaire de l'assurée a été effectué auprès du Service médical régional AI (ci-après : SMR) le 2 décembre 2003 par les Dresses B.\_\_\_\_\_, rhumatologue, et I.\_\_\_\_\_, qui ont rendu leur rapport le 5 janvier 2004. Au terme de leur examen, ces médecins ont posé les diagnostics de trouble douloureux chronique, status après exérèse d'un pouce surnuméraire à droite et rhinite allergique, et elles ont conclu que la capacité de travail exigible de l'intéressée était entière dans son ancienne activité depuis octobre 2000. Elles apprécient le cas comme suit :

"Cette assurée de 50 ans est en proie à un trouble douloureux qui s'est installé dans les suites de l'ablation d'un pouce surnuméraire à la main droite. Ce trouble douloureux qui évoque à la phase initiale des tendino-myogéloses en cascade du MSD et qui prenait sa source dans les fixateurs de l'omoplate s'est étendu à la nuque, à l'hémiface droite avec des douleurs orbitaires et de l'oreille droite intenses, prenant progressivement l'ensemble du dos pour atteindre également le MID, plutôt en région postérieure. Il s'y associe des douleurs des avant-pieds, localisées en regard des 1<sup>ères</sup> métatarso-

phalangiennes lors du déroulement, et des douleurs matinales, avec discrète ankylose lors de la mobilisation des petites articulations de la main droite. Enfin, mentionnons des douleurs d'abduction et du port de charges au niveau de l'épaule droite.

Différents collègues ont examiné Mme L. \_\_\_\_\_ antérieurement. Le Dr G. \_\_\_\_\_ notait le 27.05.97 une sensibilité de l'élévateur de l'omoplate droite et proposait des mesures de relaxation. Le 03.01.00, il évoquait des douleurs multiples sans substrat. Le Dr V. \_\_\_\_\_ évoque le 18.02.00 un syndrome douloureux diffus du rachis, une surcharge mécanique de la voûte plantaire pour laquelle il propose des supports. Il retenait qu'il y avait eu une contusion de l'épaule droite il y a 5 ans lors d'une chute dans sa baignoire. Le Dr P. \_\_\_\_\_, le 16.02.01, évoquait des dysfonctions intervertébrales mineures étagées, des points d'insertion douloureux.

Notre examen clinique est concordant avec ceux de nos confrères, mais nous ne trouvons pas actuellement suffisamment de points d'insertion pour évoquer une fibromyalgie active. Il s'agit d'un trouble douloureux plus diffus, rachidien, et hémicorporel droit avec des réactions de sursaut lors de la prise des ROT mais il n'y a pas de douleur typique avec jump-sign à la palpation des insertions. Seuls les fixateurs de l'omoplate et la région de la crête iliaque postérieure droite ont été retrouvés électivement douloureux. Il n'y a pas d'atteinte des indices de mobilité rachidiens ni des amplitudes articulaires. Relevons un arc d'abduction de l'épaule droite pouvant signifier quelques signes irritatifs de la coiffe, mais sans qu'il n'y ait de signes d'atteinte de rupture aux tests isométriques. On confirme un trouble statique de l'avant-pied avec remodelé arthrosique prédominant aux 1<sup>ères</sup> métatarso-phalangiennes, surtout à gauche. Le rachis montre un trouble statique assorti de quelques atteintes dégénératives banales, compatibles avec l'âge, qui ne donnent en aucun cas un substrat aux plaintes douloureuses intenses alléguées par la patiente.

Nous notons de ce fait une nette discordance entre l'importance du syndrome douloureux subjectif et nos constatations objectives. Sur le plan objectif, notre observation reste superposable aux évaluations médicales antérieures à disposition.

Devant l'absence de limitation fonctionnelle objective, il n'est pas possible d'admettre une incapacité de travail de longue durée sur le plan somatique.

Pour cette assurée sans antécédents psychiatriques, l'examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobiques, de troubles de la personnalité morbide, de perturbation de l'environnement psychosocial, ni de limitations fonctionnelles psychiatriques, et dès lors, nous n'avons pas retenu d'incapacité de travail justifiable du point de vue médico-juridique. En l'absence d'un véritable sentiment de détresse qui fait partie du trouble douloureux somatoforme persistant, nous n'avons pas retenu ce diagnostic.

En conclusion, l'examen clinique psychiatrique est dans les limites de la norme et nous ne retenons aucun diagnostic psychiatrique. Les plaintes de l'assurée ne sont par ailleurs pas accompagnées d'un sentiment de détresse ni d'une perturbation de l'environnement psychosocial. De plus, nous n'avons pas été sensibles aux plaintes de l'assurée. Sur la base de notre observation clinique psychiatrique, en l'absence d'une pathologie psychiatrique, l'assurée présente une capacité de travail exigible à 100 %."

Dans un avis médical du 6 janvier 2004, le SMR, par la Dresse D.\_\_\_\_\_, s'est fondé sur les conclusions de cet examen pour retenir que l'assurée ne présentait aucune atteinte à la santé, qu'aucune incapacité de travail justifiable du point de vue médico-juridique ne pouvait lui être reconnue, qu'il n'existait aucune limitation fonctionnelle sur le plan somatique ou psychique, et que la capacité de travail qu'on pouvait exiger de l'intéressée était totale tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée.

Par décision du 8 janvier 2004, contre laquelle L.\_\_\_\_\_ a formé opposition, l'OAI a rejeté la demande de rente de l'assurée.

Par décision sur opposition du 1<sup>er</sup> octobre 2004, entrée en force, l'OAI a confirmé sa précédente décision, considérant que l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante, ses douleurs ne s'expliquant par aucun substrat organique pertinent, aucun problème neurologique ni aucune maladie rhumatismale, et elle-même ne souffrant d'aucune pathologie psychiatrique.

**C.** Par lettre du 5 novembre 2004, le conseil de L.\_\_\_\_\_ a fait valoir une aggravation de l'état de santé de cette dernière, remettant partiellement en cause les conclusions de l'examen bidisciplinaire du 2 décembre 2003, et a requis la mise en place de mesures de réadaptation. Sur indications de l'OAI, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations le 11 février 2005, sollicitant l'octroi d'une rente. Elle se prévaut d'une aggravation de son état de santé, mentionnant que des troubles psychiatriques ont été mis en évidence. A l'appui de sa demande, elle a produit un certificat médical établi le 15 mars 2005 par le Dr K.\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH, qui atteste suivre l'intéressée depuis novembre 2004 et note que celle-ci présente un état dépressif important ainsi que des troubles mnésiques.

Dans un rapport médical du 20 avril 2005 adressé à l'OAI, le Dr K.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant existant depuis l'an 2000, ainsi qu'un épisode dépressif sévère

sans symptômes psychotiques. Il a conclu à une incapacité de travail totale depuis l'été 2004. Il note en particulier ce qui suit :

"Depuis 2004, Mme L.\_\_\_\_\_ présente un état dépressif important avec pleurs quasi continus, affect triste, troubles du sommeil, manque d'estime de soi et de confiance et le sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue. Elle se néglige, vivant grâce à l'aide sociale, elle n'a aucune activité et arrive à peine à assumer son ménage (grâce à sa sœur et son neveu qui vient régulièrement l'aider).

Elle vit en retrait social total, n'ayant pas de contacts, et n'arrive pas à se mobiliser.

Une première demande AI a été rejetée, mais à mon avis l'aspect psychique n'a pas été pris assez en considération.

Actuellement et malgré un traitement d'Efexor 150 mg/jour et [réd. : illisible] 1200 x2 pour ses problèmes mnésiques et cognitifs importants, elle reste très déprimée (Hamilton à 30 points) et je crois que ses possibilités réelles de reprendre une réadaptation professionnelle ou activité lucrative sont inexistantes et par conséquent j'estime que l'octroi d'une rente AI à 100 % est justifié."

Un nouvel examen psychiatrique de l'assurée a été organisé auprès du SMR le 6 juin 2007. La Dresse I.\_\_\_\_\_, psychiatre, et la Dresse Z.\_\_\_\_\_, médecin-chef, ont rendu leur rapport le 6 août suivant, retenant le diagnostic d'épisode dépressif en rémission complète, sans répercussion sur la capacité de travail. Elles admettent une incapacité de travail totale de novembre 2004 à avril 2005 et apprécient pour le surplus le cas comme suit :

"Contre la décision de refus de prestations du 08.01.2004, l'assurée fait opposition le 29.01.2004, rejetée par l'Office AI, le 01.10.2004.

Dans un contexte de conflit asséculo-logique, l'assurée développe une symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle et à la demande de son médecin traitant, elle bénéficie d'une prise en charge psychiatrique ambulatoire depuis novembre 2004.

Dans le rapport médical du 20.04.2005, le psychiatre traitant, le Dr K.\_\_\_\_\_, pose les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant et épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et il atteste une incapacité de travail à 100 %, depuis l'été 2004 à indéterminée et évalue l'état de l'assurée comme stationnaire.

Sous prise en charge psychiatrique ambulatoire, accompagnée d'un traitement médicamenteux antidépresseur et hypnotique, l'état de l'assurée s'améliore progressivement et l'épisode dépressif réactionnel selon le psychiatre traitant d'intensité sévère est actuellement en rémission et n'a aucune incidence sur la capacité de travail.

En l'absence d'un véritable sentiment de détresse qui fait partie du syndrome douloureux somatoforme persistant, nous n'avons pas retenu ce diagnostic. L'assurée est peu démonstrative et dans un discours plaintif elle présente une nette amplification verbale de ses

plaintes sans aucun signe de souffrance objectivable et sans attirer notre empathie. Les critères cliniques de la CIM-10 ne sont pas réunis car le syndrome douloureux somatoforme persistant est caractérisé par la présence d'une douleur intense et persistante s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour être considérés par un clinicien comme la cause essentielle du trouble. L'assurée ne présente pas de comorbidité psychiatrique manifeste, de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'état psychique cristallisé ou profit tiré de la maladie.

Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assurée ne suffisent pas pour justifier une invalidité.

Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de perturbation sévère de l'environnement psychosocial ni de limitation fonctionnelle psychiatrique invalidante.

A l'examen clinique, nous n'avons pas objectivé de troubles cognitifs, décrits par le psychiatre traitant. *Le status psychiatrique est superposable à celui du 02.12.2003.*

Par conséquent, la symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle décrite par le psychiatre traitant est en rémission complète et l'épisode dépressif réactionnel ne représente pas une maladie psychiatrique chronique et invalidante.

Selon la CIM-10, seul un premier épisode de chacun des trois degrés de dépression léger, moyen ou sévère, doit être classé sous F32.

Dans son rapport médical du 20.04.2005, le Dr K. \_\_\_\_\_ atteste également une évolution stationnaire mais nous constatons que la dose de traitement antidépresseur, seulement 75 mg par jour, n'a pas été augmentée.

En conclusion, l'aggravation de l'état de l'assurée a été suivie d'une nette amélioration et nous ne pouvons pas parler d'une aggravation durable et invalidante.

Par conséquent, sur le plan psychiatrique, l'assurée ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique invalidante et sa capacité de travail exigible est entière dans toute activité."

Dans son avis médical du 23 août 2007, le SMR s'est fondé sur les conclusions du rapport d'examen psychiatrique du 6 août précédent pour retenir que les investigations médicales entreprises n'ont révélé aucun diagnostic influençant actuellement la capacité de travail de l'assurée, que l'intéressée a présenté un épisode dépressif sévère entraînant une incapacité de travail de 100 % de novembre 2004 à avril 2005, et que, depuis lors, la capacité de travail est entière.

Par projet de décision du 11 mars 2008, l'OAI a rejeté la demande de rente de l'assurée, considérant que celle-ci ne présentait pas

d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance-invalidité et que sa capacité de travail était entière dans toute activité.

Le 14 avril 2008, L.\_\_\_\_\_ a contesté ce projet de décision, produisant le 13 mai suivant un rapport médical établi par le Dr K.\_\_\_\_\_ le 8 mai 2008, dont le contenu est le suivant :

"Merci de me communiquer une copie du rapport SMR que j'ai lu attentivement. Dans ce rapport, Dr I.\_\_\_\_\_ parle d'une amélioration progressive de l'état de santé de Mme L.\_\_\_\_\_. Je suis cette patiente depuis nov. 2004 en raison d'une séance tous les 15 jours et n'ai jamais constaté une telle amélioration.

Mme L.\_\_\_\_\_ continue à présenter un état dépressif net avec affect triste, angoisse, perte de l'estime de soi, passivité, apathie, troubles du sommeil ainsi qu'un déficit cognitif important avec troubles de l'attention et de la concentration.

Un test d'Hamilton 21 questions du 24.4.08 donne le résultat de 29 ce qui confirme le diagnostic d'une dépression sévère. Dr I.\_\_\_\_\_ de son côté n'a pratiqué aucun test objectif pour étayer son diagnostic.

En ce qui concerne le traitement, il est limité à un Efexor 75 mg/j puisque Mme L.\_\_\_\_\_ a de la peine à supporter des doses supérieures ainsi que du [réd. : illisible] 1200 mg/j pour le trouble cognitif.

Une augmentation de la dose me paraît inutile du fait que les douleurs et le conflit avec l'AI jouent aussi des rôles négatifs sur la thymie de ma patiente.

A mon avis, Mme L.\_\_\_\_\_ se trouve toujours dans un état d'incapacité de travail totale à cause de son état de santé."

Le 9 juin 2008, le SMR a confirmé les conclusions de son précédent avis, considérant que l'avis du Dr K.\_\_\_\_\_ constitue une appréciation différente d'une situation similaire à celle émise par la Dresse I.\_\_\_\_\_.

**D.** Par décision du 14 juillet 2008, l'OAI a rejeté la demande de rente de l'assurée. Dans sa motivation, l'office retient que l'intéressée ne présente aucune atteinte à la santé justifiant une incapacité de travail au sens de l'assurance-invalidité. Il considère que le rapport du SMR du 6 août 2007 est probant, le rapport du 13 mai 2008 du Dr K.\_\_\_\_\_ ne présentant par ailleurs aucun fait nouveau et consistant en une appréciation différente d'une situation similaire à celle émise par la Dresse I.\_\_\_\_\_.

**E.** Représentée par son conseil, L.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision le 25 août 2008, concluant à son annulation et à ce qu'un complément d'expertise soit ordonné afin d'examiner, sur la base de test objectif et plus étendu, la persistance d'une dépression sévère à caractère chronique.

Par réponse du 25 septembre 2008, l'OAI a conclu au rejet du recours.

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

**1.** Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours est recevable en la forme (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]), compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes d'été (art. 38 al. 4 let. b LPGA).

**2.** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). Vu la valeur litigieuse qui, s'agissant d'une rente, excède à l'évidence 30'000 fr., la cause doit être tranchée par la Cour en corps et non par un juge unique (cf. art. 93 et 94 LPA-VD).

**3.** Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2).

Par conséquent, le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et, après le 1<sup>er</sup> janvier 2003, respectivement le 1<sup>er</sup> janvier 2004, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) consécutives à la 4<sup>ème</sup> révision de cette loi, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 (ATF 130 V 455; voir également ATF 130 V 329). A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2008 est entrée en vigueur la 5<sup>ème</sup> révision de la LAI, dont les normes sont applicables au présent cas dans leur teneur consécutive à cette modification législative.

En tout état de cause, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4<sup>ème</sup> révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; TFA, arrêt du 17 mai 2005 en la cause I 7/05, consid. 2; arrêt du 6 septembre 2004 en la cause I 249/04, consid. 4). Il n'en va pas différemment s'agissant de la 5<sup>ème</sup> révision de cette loi.

**4.** Est en l'occurrence litigieuse la question de savoir si l'OAI est légitimé à refuser toute rente d'invalidité à l'assurée.

**a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

**b)** Aux termes de l'art. 87 RAI (règlement sur l'assurance-invalidité; RS 831.201), 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 découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 3). 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 les conditions prévues à l'al. 3 sont remplies (al. 4).

Les conditions de l'art. 87 al. 3 et 4 RAI doivent 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 I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 2, 130 V 68 consid. 5.2.3, 117 V 200 consid. 4b et les références).

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. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2 et les références).

Quand l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner 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. Elle doit par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 41 LAI (actuellement art. 17 LPGGA). Si elle constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF I 238/03 précité, consid. 2).

Selon l'art. 17 LPGGA, 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse. 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 LPGGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible 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 I 408/05 du 18 août 2006 consid. 3.1 et les références).

**c)** Le juge des assurances sociales 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 trancher la question litigieuse. 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il

prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'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 dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées; RAMA 2000 KV 124 p. 214).

Au demeurant, l'élément déterminant la valeur probante d'une pièce 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 et les références citées). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (TFA, arrêt du 28 octobre 2002, I 523/02 consid. 3, avec référence à ATF 125 V 351 précité; arrêt du 16 janvier 2004, I 649/03 consid. 5.1 et 5.4; arrêt du 10 novembre 2005, I 573/04 consid. 5.2).

Par ailleurs, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

**5. a)** Dans sa décision du 1<sup>er</sup> octobre 2004, entrée en force, l'OAI, se fondant sur l'examen clinique bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) du SMR du 2 décembre 2003, retenait que L.\_\_\_\_\_ ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante, que ce soit sur le plan somatique ou sur le plan psychiatrique.

La recourante fait état d'une aggravation de son état de santé psychique depuis le mois de novembre 2004. Elle se prévaut de l'avis de son psychiatre traitant, le Dr K.\_\_\_\_\_, qui a diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant ainsi qu'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, atteintes entraînant son incapacité de

travail totale depuis l'été 2004, tant dans son activité habituelle que dans toute activité adaptée.

L'assurée requérant la révision de son cas et ayant déposé une nouvelle demande de rente d'invalidité, l'OAI a mis en œuvre une nouvelle instruction médicale complète, dans le cadre de laquelle la Dresse I.\_\_\_\_\_, psychiatre au SMR, a procédé à un nouvel examen de la recourante le 6 juin 2007, au terme duquel cette praticienne a conclu que l'intéressée ne souffrait d'aucune pathologie psychiatrique invalidante, l'épisode dépressif qui avait entraîné une incapacité totale de travail de novembre 2004 à avril 2005 étant en rémission complète, et la capacité de travail exigible étant totale depuis lors tant dans l'activité habituelle que dans toute activité adaptée.

**b)** La recourante admet que selon la jurisprudence, il se justifierait de retenir une pleine valeur probante au rapport d'examen psychiatrique du SMR du 6 août 2007 et d'écarter l'avis du Dr K.\_\_\_\_\_, pour autant que les points litigieux importants posés par son dossier aient fait l'objet d'une étude circonstanciée et que le rapport considéré se fonde sur des examens complets. Or, elle fait grief à l'examen psychiatrique du SMR de ne se fonder sur aucun examen objectif pour évaluer la dépression, le Dr K.\_\_\_\_\_ ayant quant à lui procédé à plusieurs tests d'Hamilton. Ce reproche tombe toutefois à faux, dès lors qu'il résulte clairement du rapport du 6 août 2007 que la Dresse I.\_\_\_\_\_ a procédé à un examen clinique psychiatrique complet de l'intéressée lui ayant permis de retenir notamment que si celle-ci présente par moments des traits dépressifs lorsqu'elle est confrontée à son bilan existentiel actuel, elle ne présente pas d'adynamie, d'anhédonie, de perte de l'élan vital, de ruminations, de sentiments de culpabilité, de dévalorisation ou de persécution, pas de signe floride de la lignée dépressive, pas d'angoisse, pas de signe de souffrance objectivable, et pas d'élément objectivable en faveur d'un trouble de la personnalité morbide (cf. rapport d'examen du 6 août 2007, pp. 2-3).

Ce rapport du SMR, qui décrit de manière détaillée la situation médicale de l'intéressée (anamnèse familiale, professionnelle, psychosociale et psychiatrique, vie quotidienne) et examine l'existence éventuelle de différentes atteintes à la santé psychique tout en exposant de manière claire et complète les raisons pour lesquelles elles ne sont pas réalisées, ne présente ni lacune, ni contradiction, et ses conclusions, sérieusement motivées, explicites et conformes aux faits relatés, s'avèrent cohérentes et convaincantes. Il doit dès lors être reconnu comme conforme aux exigences de la jurisprudence rappelées au considérant 4 ci-dessus.

**6. a)** Au surplus, quand bien même le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants était retenu dans le cas présent, selon la jurisprudence, une telle atteinte n'entraîne pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Une exception à ce principe est admise dans les seuls cas où, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération - plus raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATFA du 21 avril 2004, I 870/02, consid. 3.3.2 et les références citées).

Admissible seulement dans des cas exceptionnels, le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un processus de travail suppose, dans chaque cas, soit la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance. Ce sera le cas (1) des affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, (3) d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit

primaire tiré de la maladie), ou enfin (4) de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (ibidem).

Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration – et au juge en cas de litige – si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui – eu égard également aux critères mentionnés ci-dessus – lui permettent de surmonter ses douleurs. Il s'agit pour lui d'établir de manière objective si, compte tenu de sa constitution psychique, l'assuré peut exercer une activité sur le marché du travail, malgré les douleurs qu'il ressent (idem, consid. 3.3.3).

En l'occurrence, il convient donc de déterminer si on se trouve dans un cas exceptionnel où les critères posés par la jurisprudence sont réalisés avec une telle intensité qu'il y a lieu d'admettre que la réintégration dans une activité professionnelle adaptée n'est plus exigible de la recourante.

**b)** Ainsi, s'agissant de la présence d'une comorbidité psychiatrique, le Dr K. \_\_\_\_\_ diagnostique un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques.

Selon la doctrine médicale (cf. notamment Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4<sup>ème</sup> éd., p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 in fine; Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der

Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in : Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St-Gall 2003, p. 81, n. 135).

Au terme de son examen du 6 juin 2007, la Dresse I. \_\_\_\_\_ a constaté que, sous prise en charge psychiatrique ambulatoire, accompagnée d'un traitement médicamenteux antidépresseur et hypnotique, l'état de la recourante s'améliorait progressivement, que la symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle décrite par son psychiatre traitant était en rémission complète, et que l'épisode dépressif réactionnel ne représentait pas une maladie psychiatrique chronique et invalidante. Il n'est donc pas contesté que la recourante a connu depuis le mois de novembre 2004 un épisode dépressif, ayant entraîné une incapacité de travail totale, mais celui-ci est en rémission depuis le mois d'avril 2005, et n'a plus d'incidence sur sa capacité de travail, qui est à nouveau complète dans l'activité habituelle ou toute activité adaptée. Le Dr K. \_\_\_\_\_ indique n'avoir jamais constaté d'amélioration progressive de l'état de santé chez sa patiente, mais sans étayer de façon déterminante son avis, qui reflète principalement les plaintes subjectives de la recourante et doit au demeurant être considéré avec la réserve voulue par la jurisprudence. On ne saurait par conséquent admettre en l'état l'existence d'un trouble dépressif suffisamment intense et durable pour constituer une comorbidité invalidante, à supposer même qu'il puisse être retenu en tant que tel.

**c)** En ce qui concerne un éventuel cumul des autres critères présentant une certaine intensité et constance définis par la jurisprudence, aucun de ceux-ci n'est réalisé en l'espèce, à tout le moins à un degré suffisant, pour admettre, à titre exceptionnel, qu'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de se réintégrer dans un processus de travail n'est pas exigible de la recourante.

En effet, sur le plan d'une éventuelle affection corporelle chronique, il n'est pas remis en cause que les douleurs de la recourante ne

s'expliquent par aucun substrat organique pertinent, aucun problème neurologique ni aucune maladie rhumatismale.

Dans un contexte de solitude, l'intégration sociale de la recourante est cependant préservée. La Dresse I. \_\_\_\_\_ relève ainsi que l'intéressée est soutenue par sa famille, voyant sa sœur les week-ends avec laquelle elle mange ensemble, et son neveu venant souper chez elle (cf. rapport d'examen du 6 août 2007, p. 2). En outre, elle va faire elle-même ses commissions et ne souffre pas d'agoraphobie ni de phobie sociale (ibidem). Par ailleurs, la Dresse I. \_\_\_\_\_ note que, dans le contact, la recourante, correctement habillée et soignée de sa personne, se montre ouverte à la relation (ibidem).

L'échec des traitements conformes aux règles de l'art n'est pas avéré. Le traitement psychothérapeutique suivi par la recourante auprès du Dr K. \_\_\_\_\_ se poursuit à raison d'une séance tous les quinze jours, ce praticien mentionnant que l'état de sa patiente est stationnaire. Il n'a en outre pas jugé utile d'augmenter la dose des médicaments antidépresseur et hypnotique prescrits à l'intéressée.

Enfin, rien ne démontre l'existence d'un état psychique cristallisé, que la Dresse I. \_\_\_\_\_ nie expressément, et qui n'est pas invoqué ni explicité par le Dr K. \_\_\_\_\_.

**d)** Aucun des critères posés par la jurisprudence n'étant rempli en l'espèce, on ne saurait admettre que le trouble somatoforme douloureux diagnostiqué présente un caractère invalidant. Il y a ainsi lieu de considérer que l'état de santé psychique actuel de la recourante ne s'est pas aggravé depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2004.

L'opposition entre les avis du SMR et du psychiatre traitant de la recourante procède d'une appréciation différente d'une situation similaire. Par conséquent, à défaut d'une aggravation de l'état de santé établie à satisfaction, la capacité de travail de l'intéressée demeure totale

dans son activité habituelle ou dans toute autre activité adaptée. C'est dès lors à juste titre que l'intimé lui a dénié tout droit à une rente d'invalidité.

Cela étant, il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique. La requête formulée par la recourante en ce sens est ainsi rejetée.

Au vu de ce qui précède, il convient de rejeter le recours et de confirmer la décision attaquée.

**7.** 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 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI, applicable *ratione temporis* à la présente procédure puisque celle-ci a été introduite après le 1<sup>er</sup> juillet 2006). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI). La recourante n'obtenant pas gain de cause, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 14 juillet 2008 est confirmée.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Eduardo Redondo (pour L. \_\_\_\_\_);
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud;
- Office fédéral des assurances sociales;

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :