

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 1<sup>er</sup> juillet 2010

---

Présidence de M. DIND

Juges : Mmes Dormond Béguelin et Rossier, assesseurs

Greffier : M. Simon

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**V.**\_\_\_\_\_, à Montricher, recourante,

et

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

---

**Art. 8 al. 1 et 17 LPGA; art. 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** V.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée), née en 1962, travaillait en qualité d'aide-infirmière et de veilleuse dans un EMS à La Sarraz. Le 12 mai 1999, elle a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI), tendant à l'octroi de mesures de réadaptation et d'une rente, indiquant une fibromyalgie depuis août 1998.

Dans le cadre de l'instruction, l'OAI s'est adressé au Dr L.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assurée à Coppet. Dans son rapport du 21 juin 1999, ce praticien a posé les diagnostics de polymyalgies (fibromyalgie?), de troubles somatoformes indifférenciés et de lésion cérébelleuse hémisphérique droite séquellaire d'origine indifférenciée, retenu une incapacité de travail de 100 % à compter du 1<sup>er</sup> septembre 1998 et évoqué la possibilité pour l'assurée de travailler sur ordinateur à domicile. Ce médecin a en outre remis à l'OAI d'autres pièces médicales du CHUV, corroborant les diagnostics retenus.

L'OAI s'est par ailleurs adressé au Dr X.\_\_\_\_\_, médecine générale FMH à L'Isle et également médecin traitant de l'assurée. Le 25 juin 1999, ce praticien a posé le diagnostic de fibromyalgie et retenu une incapacité de travail de 100 % dès le 20 août 1998, en relevant l'échec des différents traitements entrepris (sophrologie, relaxation, médecine parallèle). Il a notamment remis à l'OAI un rapport du 6 novembre 1998 des Drs D.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint et médecin-assistant au service de rhumatologie du CHUV, posant les diagnostics de troubles somatoformes indifférenciés et de lésion cérébelleuse hémisphérique droite séquellaire d'origine indéterminée, ainsi qu'un rapport du 31 août 1998 de la Dresse K.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et en maladies rhumatismales à Morges, évoquant l'importance du syndrome douloureux à l'origine d'une lombalgie mécanique.

L'OAI a aussi requis l'avis de l'association médicale du Centre thermal d'Yverdon-les-Bains, qui, dans un rapport du 31 juillet 2000 du Dr G.\_\_\_\_\_, médecin chef, a retenu les diagnostics de fibromyalgie floride et de rachialgies sur troubles statiques, la présence de douleurs à caractère ubiquitaire, une impression de tuméfaction articulaire ainsi qu'un sommeil non réparateur, et constaté la présence de tous les différents points de fibromyalgie.

Dans un projet de décision du 6 septembre 2000, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit à une rente. Se référant aux renseignements médicaux en sa possession et à l'avis de son médecin-conseil, il a retenu que l'intéressée ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante.

L'assurée a contesté ce projet de décision et a fait part de ses observations le 29 décembre 2000, réclamant au moins l'octroi d'une demi-rente. Elle a déposé un rapport du 21 mars 2000 du Dr L.\_\_\_\_\_, attestant d'une évolution fluctuante depuis juin 1999 et évaluant une reprise du travail envisageable à 30 % voire 50 %, un rapport du 28 novembre 2000 du Dr D.\_\_\_\_\_ retenant la présence de syndrome douloureux de l'hémicorps gauche, compatible avec une fibromyalgie, et un rapport du 20 décembre 2000 du Dr G.\_\_\_\_\_, confirmant le diagnostic de fibromyalgie floride et évaluant la capacité de travail à 80 %

Le cas a été soumis au Service médical régional AI (ci-après: SMR), qui, en date du 14 juillet 2001, a indiqué en substance que la fibromyalgie, dans le sens d'un trouble somatoforme persistant, ne justifiait pas une atteinte invalidante et qu'il n'y avait pas lieu de procéder à une expertise psychiatrique, en l'absence d'éléments médicaux indiquant des symptômes psychiques.

L'assurée a ensuite remis à l'OAI un rapport du 6 juillet 2001 du Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation ainsi qu'en médecine interne à Gland, retenant le diagnostic de

fibromyalgie et une incapacité de travail à 100 %, avec un pronostic défavorable.

Suite à une proposition du SMR, l'assurée a été soumise à une expertise psychiatrique, effectuée début 2002 par le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à Genève. Le 29 août 2002, celui-ci a posé le diagnostic d'état dépressif léger réactionnel à la problématique physique, précisant l'absence de trouble de la personnalité; il a indiqué que le trouble psychique de l'assurée correspondait à une réaction psychologique à des circonstances adverses, avant d'estimer que les troubles constatés n'occasionnaient, du point de vue psychique, aucune limitation d'activité.

Dans un nouveau projet de décision, du 27 septembre 2002, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit à la rente. Se référant à l'expertise médicale précitée, il a retenu qu'aucune comorbidité psychiatrique n'avait été mise en évidence et que les troubles constatés n'occasionnaient aucune limitation d'activité, ajoutant qu'il n'y avait sur le plan purement somatique aucun élément aboutissant à une quelconque incapacité de travail. Le 14 octobre 2002, l'assurée a contesté ce dernier projet de décision, en contestant notamment la valeur probante de l'expertise du Dr M.\_\_\_\_\_.

Par décision du 21 octobre 2002, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à la rente, en reprenant en partie les termes du projet précité. Le 25 novembre 2002, cette dernière a formé recours auprès du Tribunal des assurances, concluant à l'octroi d'une rente, subsidiairement au renvoi du dossier pour complément d'instruction par le biais d'une expertise pluridisciplinaire, en contestant à nouveau la valeur probante de l'expertise du Dr M.\_\_\_\_\_. L'OAI a pour sa part conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

Sur requête du juge instructeur, l'assurée a été soumise à une expertise judiciaire sur le plan rhumatologique, confiée au Dr N.\_\_\_\_\_, médecin chef du service de rhumatologie, médecine physique et

réhabilitation de l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds. Le 24 août 2004, cet expert a posé les diagnostics de syndrome somatoforme douloureux diffus, de dépression moyenne, de status après ablation d'un naevus cutané, une appendicectomie et une cure d'hémorroïdes, sans séquelles, et de vitiligo des mains. En tenant compte des plaintes de la patiente, d'un examen clinique révélant une raideur modérée du rachis lombaire, des examens radiologiques quasi normaux et d'une surcharge psychologique ne justifiant pas d'incapacité de travail, le Dr N.\_\_\_\_\_ a retenu une capacité de travail de 80 % en tant qu'aide infirmière et veilleuse, activité pouvant comporter des tâches lourdes, et de 90 % pour toute activité ne nécessitant pas le port de charges lourdes (travail en usine, vente, employée de bureau) ainsi que dans ses tâches ménagères.

Le 15 septembre 2004, se référant à un avis médical du SMR du 6 septembre 2004, l'OAI a fait valoir que les conclusions de l'expertise précitée confirmaient le bien-fondé de la décision du 21 octobre 2002.

Par jugement du 6 octobre 2004, le Tribunal des assurances a rejeté le recours et maintenu la décision attaquée. Il a reconnu une pleine valeur probante à l'expertise psychiatrique du Dr M.\_\_\_\_\_ et à celle, rhumatologique, du Dr N.\_\_\_\_\_, de sorte que, conformément à ces documents médicaux, l'assurée ne présentait pas une incapacité de travail ouvrant le droit à des prestations de l'AI.

**B.** Le 12 juin 2006, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, tendant à l'octroi de mesures d'orientation professionnelle, de reclassement dans une nouvelle profession, de rééducation dans la même profession, de mesures médicales de réadaptation spéciales et d'une rente, se prévalant de syndromes douloureux, continus et persistants, aigus, et de fibromyalgie, depuis août 1998.

Dans un certificat médical du 2 juin 2006, le Dr S.\_\_\_\_\_, médecine générale FMH à Bière et nouveau médecin traitant de l'assurée, a attesté d'une incapacité de travail depuis le 16 janvier 2006 pour une

durée indéterminée. Le 26 septembre 2006, après consultation du dossier médical de l'OAI qui lui a été transmis, ce praticien a retenu qu'il y avait une aggravation de l'état de santé de l'assurée justifiant une réévaluation de son droit à la rente.

En date du 3 novembre 2006, suite à une demande de renseignements de l'OAI, le Dr S.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de fibromyalgie (précisant ne pas retenir celui posé par le Dr N.\_\_\_\_\_ de syndrome somatoforme douloureux chronique), de côlon irritable avec dyspepsie depuis fin 2004 et de syndrome dépressif majeur depuis janvier 2006, avant de retenir une incapacité de travail de 100 % depuis le 16 janvier 2006. Il a également décrit les limitations fonctionnelles de l'intéressée et a retenu que l'activité de cuisinière indépendante n'était plus exigible, en ajoutant qu'un travail à l'ordinateur, à domicile, était possible à raison de 2h par jour, sans diminution de rendement. Le Dr S.\_\_\_\_\_ a joint à son envoi un rapport du 12 septembre 2006 du Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et en affections digestives à Morges, évoquant un côlon irritable se manifestant essentiellement par un ballonnement.

Le 30 janvier 2007, le Dr S.\_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics précités, en ajoutant celui d'aponévrite plantaire depuis novembre 2006, et retenu une incapacité de travail de 100 % depuis le 16 janvier 2006, signalant l'apparition de violentes douleurs de la cheville gauche et de difficultés à marcher, les autres symptômes étant inchangés. Il a remis un rapport d'IRM de la cheville gauche du 29 novembre 2006 établi par l'institut de radiologie de la clinique de Montchoisi à Lausanne, concluant à la présence de signes IRM d'aponévrite plantaire.

Remplissant un questionnaire de l'OAI le 4 avril 2007, l'assurée a indiqué qu'elle aurait travaillé en qualité d'aide infirmière à 100 % si elle avait été en bonne santé et qu'elle aurait continué son travail si elle n'était pas devenue malade.

Dans un avis médical du 4 juin 2007 du SMR, ce dernier a requis une nouvelle expertise psychiatrique, l'expert étant appelé à donner un large aperçu de la vie sociale, avec descriptif d'une journée, compte tenu de la présence d'un syndrome douloureux chronique; dite expertise a été effectuée courant 2007 par le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à Genève. Dans son rapport du 5 octobre 2007, ce médecin n'a pas retenu de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail et a posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique, présent depuis environ 2000, l'état dépressif étant réactionnel à la symptomatologie physique et prenant une allure chronique (dure depuis plus de deux ans sans période de rémission évidente). Le Dr H.\_\_\_\_\_ a notamment relevé ce qui suit:

"Le tableau clinique psychiatrique est superposable à celui observé par le Dr M.\_\_\_\_\_ dans son expertise de 2002. L'intensité de l'état dépressif est légère et ne peut à elle seule justifier d'arrêt de travail, par ailleurs cet état dépressif semble réactionnel aux symptômes physiques dont elle souffre et prend une allure chronique. Il n'y a pas d'autre comorbidité psychiatrique au trouble dépressif, telle qu'un trouble de la personnalité ou un trouble anxieux. La vie sociale est préservée. La vie de couple par contre paraît souffrir de l'état de l'assurée: comme en témoigne l'arrêt de la vie sexuelle en raison des douleurs et de la fatigue, la nécessité pour son mari d'assumer financièrement la charge globale de la famille, l'arrêt des activités sportives que le couple avait l'habitude de partager, les répercussions sur la relation du comportement plaintif de l'irritabilité et la tristesse exprimée par Madame. L'assurée semble par contre sincèrement motivée à retravailler, aussi dans le but de maintenir son estime.

Les plaintes physiques se sont complexifiées depuis l'expertise du Dr N.\_\_\_\_\_ de 2004. Les plaintes douloureuses ne sont plus les seules à gêner Madame V.\_\_\_\_\_, la fatigue et une symptomatologie abdominale sont apparues de manière plus évidente, ce qui fait poser le diagnostic à son médecin traitant de fibromyalgie.

## **B. INFLUENCE SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL**

### **1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés**

- a) au plan physique : voir rapports des somaticiens.
- b) au plan psychique et mental : quelques troubles cognitifs subjectifs (troubles de la concentration, oublis), fatigabilité.
- c) au plan social: aucune limitation mise en évidence.

## **2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici**

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?

D'un point de vue psychiatrique l'intensité du trouble n'est pas suffisante pour expliquer une incapacité de travail.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

Voir les rapports des somaticiens.

Actuellement l'assurée, selon ses dires, peut lire durant 2 heures par jour, peindre jusqu'à 3 heures d'affilée, faire de la couture, faire des travaux légers de nettoyage, passer l'aspirateur, préparer les repas pour 4 personnes, voire plus (dernier client en mars de cette année), elle peut conduire une voiture pour de courtes distances, faire des courses légères, soutenir une conversation avec son entourage.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible?

D'un point de vue strictement psychiatrique oui.

2.4 Y a-t-il une diminution de rendement ? Si oui dans quelle mesure?

Non, toujours d'un point de vue psychiatrique.

2.5 Depuis quand, du point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins?

D'un point de vue psychiatrique la capacité de travail n'a pas été atteinte.

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

La source physique de la souffrance éprouvée par l'assurée est présente depuis 1998 sans interruption, l'état dépressif présent depuis 2000 est resté d'intensité légère depuis.

## **3. En raison des ses troubles psychiques, l'assurée est-elle capable de s'adapter à son environnement professionnel?**

Oui".

Le cas a ensuite été soumis au SMR, qui a retenu ce qui suit dans un avis médical du 2 novembre 2007:

"L'expertise psychiatrique du Dr H. \_\_\_\_\_ conclut, comme la précédente du Dr M. \_\_\_\_\_, à l'absence de comorbidité psychiatrique invalidante. L'assurée présente un état dépressif léger sans syndrome somatique, réactionnel à la symptomatologie physique. D'autre part, la description détaillée de l'activité quotidienne et du réseau social de l'assurée montre que les facteurs de mauvais pronostic de Meyer-Blaser ne sont pas réunis.

Les symptômes somatiques se sont quelque peu modifiés. En dehors des plaintes ostéo-articulaires sont apparues des douleurs abdominales compatibles avec un côlon spastique qui ne saurait cependant être considéré comme une maladie invalidante.

Nous nous retrouvons donc dans la même configuration que lors de la précédente demande. L'assurée présente un trouble somatoforme douloureux persistant, sans comorbidité psychiatrique significative, et sans perturbation de l'environnement psycho-social dans tous les domaines de la vie".

Dans un projet de décision du 2 juin 2008, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit à une rente et à des mesures professionnelles. Il a retenu que l'assurée présentait un trouble somatoforme douloureux et que, selon l'expertise médicale réalisée (en l'occurrence par le Dr H. \_\_\_\_\_), aucune comorbidité psychiatrique n'avait été mise en évidence ni même de perturbations de l'environnement psychosocial dans tous les domaines de la vie.

Le 20 juin 2008, l'assurée a contesté ce projet de décision. Le 17 juillet 2008, elle a déposé un rapport du 16 juillet 2008 du Dr S. \_\_\_\_\_, relatif à l'expertise effectuée par le Dr H. \_\_\_\_\_ et indiquant ce qui suit:

"La partie descriptive de ce rapport est bien faite, mais je ne suis pas du tout d'accord avec les conclusions.

En effet, à la page 8, les signes de la lignée dépressive sont décrits entre autre comme étant les suivants:

Humeur dépressive, trouble du sommeil, fatigue chronique avec perte d'énergie, sentiments de dévalorisation, troubles de concentration, sentiment de perte d'espoir avec idées suicidaires.

Selon Prime MD (Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute, 722 West 168th Street, Unit 74, NY 10032) on doit conclure chez une personne qui présente ces symptômes à une dépression majeure (DSM-IV: 296.20). La doctoresse [...] psychiatre à Morges, ancien premier chef de clinique à l'hôpital psychiatrique de Prangins, à qui j'ai envoyé une copie de l'expertise, conclut également à un syndrome dépressif au minimum d'intensité moyenne.

Il est évident qu'une telle dépression a des répercussions importantes sur la capacité de travail, contrairement à ce que dit le Dr H. \_\_\_\_\_ dans son rapport (page 9). Toutes les mesures thérapeutiques envisageables ont été tentées sans parvenir à

diminuer la symptomatologie de manière significative (voir page 5 du rapport). Mme V.\_\_\_\_\_ est désespérée, elle a le sentiment, bien compréhensible, que personne ne veut croire à sa souffrance psychique. Elle m'a dit textuellement: "dois-je me jeter du pont Bessière pour qu'on me croit?". Si les activités qu'elle fait durant une journée "standard" paraissent assez nombreuses, c'est qu'elle est obligée de les faire, n'ayant pas les moyens de payer une aide ménagère.

Pour toutes ces raisons, le projet de décision de ne pas accorder le droit à des prestations AI daté du 2 juin 2008 est inacceptable. Si quelqu'un doit avoir droit à une rente AI, c'est bien Mme V.\_\_\_\_\_".

Le 19 août 2008, le SMR a indiqué que le rapport précité du Dr S.\_\_\_\_\_, reflétant l'opinion du médecin traitant, n'apportait aucun élément médical objectif de nature à modifier sa position, de sorte qu'il n'y avait pas de maladie invalidante.

Par décision du 25 août 2008, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à des prestations de l'AI, en se basant sur l'expertise du Dr H.\_\_\_\_\_ et en reprenant les mêmes termes que son projet de décision du 2 juin 2008.

**C.** Par acte du 26 septembre 2008, transmis au Tribunal des assurances, V.\_\_\_\_\_ a fait recours contre cette décision, sollicitant un réexamen de son cas et se référant à l'avis du Dr S.\_\_\_\_\_.

Dans sa réponse du 5 janvier 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Le 9 janvier 2009, l'assurée s'est prévalu d'une détérioration de son état de santé malgré un traitement médicamenteux et a déposé un rapport du 19 décembre 2008 de la Dresse P.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à Morges, posant le diagnostic d'épisode dépressif modéré à sévère, avec symptôme somatique, se référant à deux consultations les 1<sup>er</sup> et 9 décembre 2008 et indiquant en conclusion le passage suivant:

"Il s'agit d'une femme de 46 ans souffrant d'un épisode dépressif modéré à sévère dans un contexte de syndrome douloureux chronique, accentué par un conflit familial.

Le tableau clinique semble s'être péjoré depuis la dernière expertise datant d'octobre 2007, au niveau du ressenti des douleurs et de l'état dépressif. On peut actuellement parler d'un trouble dépressif modéré à sévère, qui renforce encore l'intensité de la symptomatologie douloureuse.

D'autre part, si l'on peut s'assurer d'une bonne compliance médicamenteuse, il me semblerait judicieux d'augmenter la posologie de Cymbalta jusqu'à 90 mg/j".

En date du 6 février 2009, l'OAI a confirmé sa position et déposé un avis médical du 3 février 2009 du SMR, qui retient ce qui suit:

"En préambule il sied de préciser que le rapport du Dr P. \_\_\_\_\_ ne peut en aucun cas être assimilé une expertise. Il s'agit d'un avis psychiatrique demandé par le médecin traitant.

Le Dr P. \_\_\_\_\_ retient le diagnostic d'épisode dépressif modéré (à sévère), avec symptôme somatique (F32.11). Ce diagnostic ne peut pas être retenu. Selon la CIM-10, les douleurs, qui sont au centre des plaintes de l'assurée, ne font pas partie du syndrome somatique. Au surplus, le status psychiatrique rapporté n'est pas compatible avec un trouble dépressif sévère, qui nécessite la présence de 3 symptômes cardinaux, et de 5 symptômes secondaires au moins. Pour rappel, les symptômes cardinaux sont:

- Humeur dépressive pratiquement toute la journée et presque tous les jours, pendant au moins 2 semaines.
- Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités habituellement agréables.
- Réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité.

Seuls les deux premiers items sont cités par le Dr P. \_\_\_\_\_.

Les symptômes secondaires sont au nombre de sept:

1. perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi,
2. sentiments de culpabilité,
3. pensées récurrentes de mort ou idées suicidaires récurrentes,
4. diminution de l'aptitude à penser ou se concentrer,
5. agitation ou ralentissements psychomoteur,
6. perturbation du sommeil,
7. modification de l'appétit.

Le tableau décrit par le Dr P. \_\_\_\_\_ correspond tout au plus à un trouble dépressif léger (au moins 2 symptômes cardinaux et au moins un symptôme secondaire pour atteindre un total d'au moins 4 symptômes).

En définitive, on se trouve en présence de douleurs polytopiques ostéo-articulaires et abdominales, sans véritable substrat organique, évoquant en premier lieu un trouble somatoforme douloureux persistant. L'épisode dépressif léger ne constitue pas une comorbidité psychiatrique séparée, et ne saurait justifier une

incapacité de travail en soi, ceci d'autant moins que les critères de Meyer-Blaser ne sont pas réunis.

Dernière remarque : le Dr P. \_\_\_\_\_ ne se prononce pas sur la capacité de travail.

En conclusion, nous ne sommes pas en mesure de modifier notre position".

Le 2 février 2010, le juge instructeur a informé les parties de son intention de requérir un complément d'instruction de la part du Dr H. \_\_\_\_\_. Les parties ont fait parvenir leurs questions éventuelles à l'intention de l'expert. Par courrier du 22 mars 2010, le juge instructeur a requis des questions complémentaires au Dr H. \_\_\_\_\_, lequel y a répondu comme suit le 29 mars 2010:

"1. Depuis votre expertise d'octobre 2007, l'état de santé de Mme V. \_\_\_\_\_ s'est-il modifié?

L'état de santé semble effectivement s'être péjoré (entre octobre 2007 et décembre 2008).

2. En particulier, y a-t-il une aggravation des signes de la dépression et de l'intensité de celle-ci?

Mon évaluation d'octobre 2007 concluait à une intensité légère de l'épuisement dépressif. Actuellement il semble que l'intensité soit modérée à sévère (en décembre 2008).

3. Y a-t-il une modification dans les activités de l'intéressée?

Les activités ont diminué sensiblement d'après le rapport de ma consoeur.

4. Quelle est la capacité de travail de l'intéressée dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée?

En décembre 2008 la capacité de travail devrait être réduite à zéro".

Dans ces mêmes lignes, le Dr H. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'il ne pouvait se baser que sur le rapport du 19 décembre 2008 de la Dresse P. \_\_\_\_\_ et qu'il ne pouvait pas se prononcer sur l'état actuel de l'assurée, une convocation pour un entretien étant nécessaire afin d'évaluer son état de santé.

Se prononçant le 10 mai 2010, l'OAI a maintenu sa position, faisant valoir que même si une aggravation devait être admise, elle

n'aurait aucune influence sur la décision attaquée, étant survenue entre l'expertise du Dr H.\_\_\_\_\_ (octobre 2007) et la consultation chez la Dresse P.\_\_\_\_\_ (décembre 2008), de sorte que les effets concernant une éventuelle rente seraient en tous les cas postérieurs à cette décision.

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

**1. a)** 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 – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent; respectant pour le surplus les conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

**b)** 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, 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 applicable dans le cas présent. 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). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse supérieure à 30'000 fr. s'agissant notamment d'un refus de rente.

**2.** Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait

existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362 consid. 1b p. 366; 116 V 246 consid. 1a p. 248 et les références citées; TF 9C\_81/2007 du 21 février 2008, consid. 2.4; TF 9C\_397/2007 du 14 mai 2008, consid. 2.1). Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1 p. 366; 117 V 287 consid. 4 p. 293 et les références citées; TF 9C\_81/2007 du 21 février 2008, consid. 2.4; TF 9C\_397/2007 du 14 mai 2008, consid. 2.1), sauf s'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités; TF 9C\_449/2007 du 28 juillet 2008, consid. 2.2; TF 9C\_931/2008 du 8 mai 2009, consid. 4.3).

**3. a)** Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1<sup>er</sup> in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, 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. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2; TF 9C\_350/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.1).

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au

moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour les mesures de réadaptation d'ordre professionnel (art. 17 ss LAI), le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à de telles prestations est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 124 V 108 consid. 2b; TF 9C\_818/2007 du 11 novembre 2008 consid. 2.2; TF 8C\_36/2009 du 15 avril 2009 consid. 4).

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c; 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la

description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, 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; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

**c)** Cela étant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a). Au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV no 15 p. 43; TF 9C\_94/2009 du 29 avril 2009 consid. 3.3; TF 8C\_936/2008 du 7 juillet 2009 consid. 6). Il n'en va différemment que si les médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 8C\_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3; TF 9C\_514/2009 du 3 novembre 2009 consid. 4; TF 8C\_183/2007 du 19 juin 2008 consid. 3).

**d)** Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est,

d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, dont le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. 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 dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b; 125 V 368 consid. 2; 112 V 372 consid. 2b; TF 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b; 112 V 390 consid. 1b; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; TFA I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; TFA I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1, les deux avec références citées).

**4. a)** En l'espèce, est litigieux le droit de l'assurée à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles, prestations qui lui ont été refusées par l'OAI dans sa décision du 25 août 2008. L'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations AI (art. 87 al. 3 et 4 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]) déposée par l'assurée le 12 juin 2006. Il s'agit donc d'examiner si le refus de prestations est justifié, plus particulièrement s'il n'y a pas eu, dans le cadre d'une procédure de révision (art. 17 LPGA), de modification de l'état de santé par rapport à la décision du 21 octobre 2002, confirmée par

jugement du 6 octobre 2004 du Tribunal des assurances, justifiant une modification de la capacité de travail et du degré d'invalidité au sens des dispositions légales. Au vu des rapports médicaux en présence et compte tenu des motifs de la recourante, la problématique psychique de l'assurée doit être examinée.

**b)** L'OAI a fait procéder à une expertise, en l'occurrence effectuée le 5 octobre 2007 par le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie. Ce dernier retient comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail un épisode dépressif léger sans syndrome somatique, présent depuis environ 2000, en précisant que cet état dépressif est réactionnel à la symptomatologie physique et prend une allure chronique, dans la mesure où il dure depuis plus de deux ans sans période de rémission évidente.

Dans l'appréciation du cas et les pronostics, l'expert indique que le tableau clinique psychiatrique est superposable à celui observé par le Dr M.\_\_\_\_\_ dans son expertise de 2002 (effectuée suite à la première demande de prestations AI, qui a fait l'objet de la décision du 21 octobre 2002), que l'intensité de l'état dépressif est légère et ne peut à elle seule justifier d'arrêt de travail, cet état dépressif semblant réactionnel aux symptômes physiques et prenant une allure chronique. Le Dr H.\_\_\_\_\_ ajoute qu'il n'y a pas d'autre comorbidité psychiatrique au trouble dépressif, tel qu'un trouble de la personnalité ou un trouble anxieux, avant de conclure à l'absence d'invalidité sur le plan psychiatrique. Dans son avis médical du 2 novembre 2007, le SMR reprend les conclusions retenues par cet expert.

Dans son rapport du 17 juillet 2008, contestant les conclusions de l'expertise du Dr H.\_\_\_\_\_, le Dr S.\_\_\_\_\_ évoque un syndrome dépressif au minimum d'intensité moyenne, se basant sur une documentation scientifique ainsi que sur l'avis d'un confrère psychiatre. Il retient qu'une dépression a des répercussions importantes sur la capacité de travail, que toutes les mesures thérapeutiques envisageables ont été tentées sans parvenir à diminuer la symptomatologie de manière

significative et que l'assurée est notamment désespérée, souffre réellement et a des idées suicidaires.

Le 19 décembre 2008, se référant à des entretiens les 1<sup>er</sup> et 9 décembre 2008, la Dresse P.\_\_\_\_\_ pose le diagnostic d'épisode dépressif modéré à sévère, avec symptôme somatique; elle indique que l'assurée présente un syndrome douloureux chronique, accentué par un conflit familial, et que le tableau clinique semble s'être péjoré depuis la dernière expertise datant d'octobre 2007, au niveau du ressenti des douleurs et de l'état dépressif, se référant à un trouble dépressif modéré à sévère, qui renforce encore l'intensité de la symptomatologie douloureuse.

Dans son avis médical du 3 février 2009, le SMR fait valoir que le diagnostic d'épisode dépressif modéré (à sévère) avec symptôme somatique - retenu par la Dresse P.\_\_\_\_\_ - ne peut pas être retenu si l'on s'en tient aux critères de la CIM-10 et relève que seul un épisode dépressif léger peut être retenu, ce qui ne constitue pas une comorbidité psychiatrique séparée et ne saurait en soi justifier une incapacité de travail.

Interpellé par le juge instructeur, l'expert H.\_\_\_\_\_ indique, dans ses lignes du 29 mars 2010, que l'état de santé de l'assurée semble effectivement s'être péjoré (entre octobre 2007 et décembre 2008), que l'intensité de l'état dépressif est modérée à sévère (en décembre 2008), que les activités de l'intéressée ont diminué sensiblement d'après le rapport de la Dresse P.\_\_\_\_\_ et qu'en décembre 2008 la capacité de travail de celle-ci devait être nulle. Ledit expert précise qu'il ne se base que sur le rapport du 19 décembre 2008 de la Dresse P.\_\_\_\_\_ et qu'il ne peut pas se prononcer sur l'état actuel de l'assurée, une convocation pour un entretien étant nécessaire afin d'évaluer son état de santé.

**c)** Au vu de ce qui précède, on retiendra que, de l'avis du Dr H.\_\_\_\_\_, l'assurée présente une aggravation de son état de santé entre octobre 2007 et décembre 2008, un épisode dépressif étant indiqué en décembre 2008 et la capacité de travail étant considérée comme nulle à

ce moment. La présence en soi d'une aggravation récente de l'état de santé de l'intéressée n'est pas contestée au vu des rapports médicaux figurant au dossier, de sorte qu'elle peut être retenue. Autre est cependant la question de savoir à partir de quand, notamment par rapport à la décision du 25 août 2008, l'état de santé de l'assurée s'est aggravé.

A ce sujet, on relèvera que, comme il l'admet lui-même, le Dr H. \_\_\_\_\_ ne se base dans son avis concrètement que sur le rapport du 19 décembre 2008 de la Dresse P. \_\_\_\_\_, laquelle a été consultée par l'assurée uniquement les 1<sup>er</sup> et 9 décembre 2008, soit postérieurement à la date de la décision attaquée. Le rapport de cette spécialiste, du 19 décembre 2008, ne permet du reste pas de mettre en évidence que l'état de santé s'est dégradé, précisément, antérieurement au 25 août 2008. Au vu des pièces médicales figurant au dossier, il n'est donc pas démontré que l'aggravation de l'état de santé de l'assurée sur le plan psychique est survenue avant le 25 août 2008, respectivement jusqu'à cette date.

**d)** En outre, ainsi que l'a relevé l'OAI le 6 février 2009 ainsi que le SMR par avis médical du 3 février 2009, la Dresse P. \_\_\_\_\_ ne se prononce pas sur la capacité de travail, de sorte que l'incidence de la dégradation de l'état de santé de l'assurée sur son degré d'invalidité – qui permettrait le cas échéant de modifier son droit à des prestations de l'AI – n'est d'aucune façon établie. A cela s'ajoute que l'avis de cette spécialiste, en tant que psychiatre traitant, doit être apprécié avec les réserves d'usage.

Dans son avis médical du 3 février 2009, se fondant notamment sur les critères de classification de la CIM-10, soit sur des critères pertinents et souvent utilisés dans la pratique asséculo-logique en matière d'assurance-invalidité (par exemple: TF 9C\_350/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.1), le SMR a au demeurant exposé les raisons pour lesquelles il s'écartait des conclusions de la Dresse P. \_\_\_\_\_, avant de retenir expressément que la capacité de travail de l'assurée est entière sur le plan psychique. Il y a lieu d'ajouter que la Dresse P. \_\_\_\_\_ se base

sur une anamnèse brève et des conclusions peu étayées, en particulier par comparaison d'avec l'expertise du Dr H.\_\_\_\_\_.

**e)** Du reste, on ne saurait par ailleurs se fonder sur l'avis du Dr S.\_\_\_\_\_, ce praticien étant médecin généraliste et non spécialisé en psychiatrie. Dans son rapport du 17 juillet 2008, il se fonde certes sur une documentation scientifique ainsi que sur l'avis d'un confrère psychiatre pour retenir un syndrome dépressif au minimum d'intensité moyenne, mais ses motivations, peu étayées et développées au regard notamment de l'expertise du Dr H.\_\_\_\_\_, ne sauraient être déterminantes. On ajoutera que les arguments scientifiques sur lesquels se base le Dr S.\_\_\_\_\_ aboutissent à des conclusions différentes de celles retenues par le SMR, qui se fonde sur les critères de la CIM-10, soit sur un système de classification fréquemment appliqué dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Ceci dit, l'expertise du 5 octobre 2007 du Dr H.\_\_\_\_\_ comporte une anamnèse détaillée (en particulier familiale et personnelle), se base sur les plaintes de l'assurée ainsi que sur des examens approfondis sur le plan psychique (appréciation de la personnalité, signes de la lignée dépressive, anxieuse et psychotique) ainsi que sur une appréciation du cas claire et dûment étayée, avant de retenir des conclusions précises quant à la capacité de travail sur le plan psychique. Ce rapport remplit donc parfaitement les critères permettant de lui accorder une pleine valeur probante, de sorte qu'il est déterminant pour apprécier l'état de santé de l'assurée dans le cadre de sa demande de prestations déposée le 12 juin 2006.

**5. a)** Dès lors, en suivant les conclusions du Dr H.\_\_\_\_\_, qui ne sont pas contredites par les autres pièces médicales figurant au dossier jusqu'à la date déterminante de la décision attaquée (soit le 25 août 2008), on retiendra que l'assurée ne présente pas d'incapacité de travail du point de vue psychique.

Sous l'angle d'une révision du droit aux prestations d'invalidité (art. 17 LPGA) par rapport à la décision du 21 octobre 2002, confirmée par jugement du 6 octobre 2004 du Tribunal des assurances, et dès lors que l'état de santé n'a parallèlement pas subi de modification importante du point de vue somatique, il n'y a donc pas eu de dégradation de l'état de santé psychique de l'assurée ayant une incidence sur sa capacité de travail et sur son degré d'invalidité. La recourante n'a ainsi pas droit à des prestations de l'AI.

**b)** En définitive, la décision attaquée échappe à la critique et doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours. On précisera qu'une éventuelle aggravation de l'état de santé de l'assurée survenue postérieurement à la date de la décision attaquée, qui n'a pas à être prise en compte dans la présente procédure, peut le cas échéant faire l'objet d'une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI (cf. consid. 2 ci-dessus).

**6.** 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. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Vu l'issue du litige, il n'y a par ailleurs 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).

**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 25 août 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

**III.** Un émolument judiciaire de 250 fr. (deux cent cinquante francs) est mis à la charge de la recourante V.\_\_\_\_\_.

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

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- V.\_\_\_\_\_
- 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 :