

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 13 décembre 2010

---

Présidence de Mme LANZ PLEINES  
Juges : Mmes Thalmann et Di Ferro Demierre  
Greffière : Mme de Quattro Pfeiffer

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

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

et

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

---

**Art. 17 al. 1 LPGA, 87 al. 3 RAI et 87 al. 4 RAI**

## **E n f a i t :**

**A.** V.\_\_\_\_\_, ressortissante portugaise née en 1959, a déposé, le 22 mars 1996, une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) tendant à un reclassement professionnel, en raison des douleurs provoquées par son activité de veilleuse de nuit dans un EMS.

L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) a procédé à l'instruction du cas, en interpellant les Drs [...] et [...] de la Polyclinique [...]. Ceux-ci ont posé, dans leur rapport du 1<sup>er</sup> mai 1996, les diagnostics de trouble somatoforme douloureux, de lombofessalgies bilatérales avec discrets troubles dégénératifs L5-S1, de brachialgies bilatérales, de céphalées, de status après hystérectomie en juin 1995 et d'obésité. Ils relevaient que l'atteinte à la santé avait nécessité une interruption de travail en juin 1995, mais que la capacité de travail était de nouveau entière depuis le 1<sup>er</sup> mars 1996.

Sur la base de ces éléments, l'OAI a rejeté la demande de mesures professionnelles de l'assurée par décision du 22 mars 1996. Cette décision, non contestée, est entrée en force.

**B.** L'assurée a déposé une deuxième demande de prestations de l'AI le 9 octobre 2002 tendant à l'octroi d'une rente, indiquant souffrir de fibromyalgie.

Lors de l'instruction du cas, l'OAI a rassemblé divers avis médicaux, dont celui de la Dresse C.\_\_\_\_\_, du Service de rhumatologie du Centre hospitalier H.\_\_\_\_\_, du 6 mai 2003 et celui du Dr R.\_\_\_\_\_, médecine interne FMH, du 3 juin 2003, qui ont confirmé le diagnostic de fibromyalgie. Toutefois, aucun de ces médecins n'attestait une quelconque incapacité de travail.

Après s'être enquis auprès du Service médical régional AI (ci-après : SMR), l'OAI a rendu une décision le 8 décembre 2004 niant le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, au motif qu'elle ne présentait aucune atteinte invalidante à sa santé. A défaut d'opposition de la part de l'intéressée, cette décision est également entrée en force.

**C.** Agissant au nom de sa patiente, le médecin traitant de l'assurée, le Dr B. \_\_\_\_\_, généraliste, a demandé à l'OAI le 13 novembre 2006 de réexaminer les possibilités d'octroi de rente, indiquant que l'intéressée présentait une polysymptomatologie sous forme de fibromyalgie, d'hypertension artérielle, d'hyper-cholestérolémie et d'obésité, provoquant d'importantes douleurs. Le 9 janvier 2007, il a en outre informé l'OAI avoir oublié de mentionner l'apparition d'un canal étroit lombaire sur protrusion discale et arthrose et produit un rapport d'IRM du 27 octobre 2006. Il ressort notamment de ce rapport que le canal lombaire est de dimensions normales, ses parois régulières et qu'il n'y a pas de défaut d'alignement ; ses conclusions sont les suivantes : *« protrusions discales étagées postéromédiane en L4-L5 et postéromédiane paramédiane gauche en L5-S1. Hypertrophie des ligaments jaunes en L4-L5 contribuant à rétrécir le canal lombaire »*.

Le 14 novembre 2007, le Dr B. \_\_\_\_\_ a établi un rapport plus détaillé à l'attention de l'OAI, dans lequel il retenait les diagnostics principaux de fibromyalgie et de discopathie L4-L5 postéromédiane gauche L5-S1, provoquant une incapacité de travail totale à compter du 31 mars 2007, l'état de santé étant décrit comme stationnaire. Etaient notamment joint à son rapport un compte-rendu du Dr H. \_\_\_\_\_, neurologue FMH, du 28 avril 2006, selon lequel les douleurs ressenties par l'intéressée entraient dans le cadre de la fibromyalgie, aucun élément n'indiquant clairement une atteinte radiculaire ou un syndrome du défilé costo-claviculaire.

Le 30 juin 2008, le SMR a émis un avis médical ainsi libellé :

« La fibromyalgie et les douleurs diffuses, les douleurs du rachis cervical et lombaire, les problèmes du genou droit et les céphalées ont été prises en compte lors de l'instruction médicale initiale.

Le rapport d'imagerie médicale IRM lombaire 27/10/2006 décrit un canal lombaire de dimensions normales et aux parois régulières. Le diagnostic de canal lombaire étroit ne saurait donc être retenu. Les profusions discales, communes à cet âge, ne sont à l'origine d'aucune image de conflit médullaire ou radiculaire, il n'y a pas de signes cliniques de souffrance tronculaire, radiculaire ou médullaire.

L'atteinte bilatérale du nerf médian au canal carpien est curable et le traitement exigible. Le Dr H. \_\_\_\_\_ confirme l'absence d'atteinte neurologique secondaire aux troubles dégénératifs du rachis cervical.

Au total force est de constater qu'aucune aggravation source d'empêchements durables à l'intégration de l'assurée au monde de l'économie n'est objectivée depuis la dernière décision AI. La capacité de travail de l'assurée est inchangée depuis la dernière décision AI ».

Sur la base de cet avis, l'OAI a rendu un projet de décision le 7 juillet 2008, par lequel il niait tout droit aux prestations de l'AI, considérant que l'assurée présentait toujours une pleine capacité de travail.

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

Par décision du 25 septembre 2008, l'OAI a confirmé son refus de prestations.

**D.** Par acte du 23 octobre 2008, V. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle instruction. Elle considère que l'avis du SMR du 30 juin 2008 sur lequel se fonde la décision litigieuse est dépourvu de valeur probante, ses conclusions étant peu étayées et ne reposant sur aucun examen clinique. Elle se prévaut de l'appréciation de son médecin traitant, le Dr B. \_\_\_\_\_, pour affirmer que son état de santé s'est aggravé et provoque une incapacité de travail durable, et requiert la mise en œuvre d'une expertise médicale.

Dans sa réponse du 26 mars 2009, l'OAI conclut au rejet du recours, faisant valoir que tous les médecins, hormis le Dr B. \_\_\_\_\_, sont d'avis que la recourante présente une pleine capacité de travail. Il estime donc qu'il n'y a aucune raison de s'écarter de l'avis du SMR, qui reprend les conclusions de ces médecins.

Dans sa réplique du 17 avril 2009, la recourante précise que son recours tend principalement à obtenir une instruction plus approfondie de son cas, en particulier au niveau du dos, arguant que l'IRM réalisée en octobre 2006 est obsolète.

Dans sa duplique du 11 mai 2009, l'OAI maintient sa position et s'oppose à toute mesure d'instruction complémentaire, qu'il estime superflue.

Dans ses déterminations complémentaires du 29 mai 2009, la recourante confirme ses conclusions.

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

**1. a)** A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est donc compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**b)** Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours l'a été en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du

droit des assurances sociales, RS 830.1]). Il est en outre recevable en la forme.

**2.** Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si l'état de santé de la recourante s'est modifié de manière à influencer le taux d'invalidité, partant le droit à la rente, depuis la décision de refus de rente du 8 décembre 2004.

La recourante soutient que son état de santé s'est aggravé, l'empêchant durablement d'exercer une activité lucrative et d'effectuer ses tâches ménagères. Elle considère que le dossier n'a pas été suffisamment instruit sur le plan médical et sollicite la mise en œuvre d'une expertise.

Pour sa part, l'OAI est d'avis que le dossier est complet et ne permet pas de retenir une quelconque atteinte à la santé ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'intéressée.

**3. a)** L'art. 17 al. 1 LPGA prévoit que, 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.

Constitue un motif de révision n'importe quel fait propre à entraîner une modification du degré d'invalidité. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé de l'assuré, mais aussi lorsque cet état est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). 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 reposant 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 les circonstances régnant à l'époque de la

décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; TF 9C\_765/2009 du 29 mars 2010, consid. 2.2).

**b)** 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 (art. 87 al. 3 RAI [règlement sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]). 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). Ainsi, 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. Si l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit instruire la cause et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré s'est effectivement produite (TF 9C\_537/2009 du 1<sup>er</sup> mars 2010, consid. 1.1).

**c)** En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, la jurisprudence considère comme déterminant 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 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 bien motivées. Ni l'origine de l'avis ni le fait que le compte-rendu – que celui-ci ait été produit ou établi sur requête – soit désigné par les termes de rapport ou d'expertise ne sont ainsi déterminants quant à la force probante du moyen de preuve (ATF 125 V 351 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références citées). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional (SMR) au sens de l'art. 69 al. 4 RAI a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.2 ; cf. aussi TF 9C\_105/2009 du 19 août 2009, consid. 4.2). Selon une

jurisprudence constante, 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 traitant ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; TF 4A\_412/2010 du 27 septembre 2010, consid. 3.2). Toutefois, un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane d'un médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis de l'assureur, dès lors que seul le contenu matériel permet de porter en définitive un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C\_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2 et les références citées).

**d)** Une expertise judiciaire complétant une expertise administrative ne peut être ordonnée, en principe, que lorsque la partie qui la requiert fournit des éléments très sérieux permettant de mettre en doute soit l'impartialité de l'expert, soit la valeur des méthodes utilisées, ou si le rapport déposé apparaît comme insuffisant ou contradictoire, notamment s'il peut être sérieusement discuté quant au fond (cf. les principes posés par TASS VD 64/79 inc. - 5/1980 du 6 février 1980 ; TASS VD 33/82 inc. - 48/1982 du 14 septembre 1982).

Des rapports médicaux ne doivent pas être complétés pour le seul motif qu'un examen supplémentaire pourrait éventuellement aboutir à une appréciation différente, à moins qu'ils ne présentent des lacunes ou qu'ils soient contestés sur des points précis (TFA I 178/05 du 2 septembre 2005, ad TASS VD AI 80/03 du 9 août 2004). Il en va de même si un ou plusieurs médecins traitant font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C\_480/2008 du 27 janvier 2009).

**4.** En l'espèce, après une décision lui refusant l'octroi de mesures professionnelles en 1996, ainsi qu'une décision de refus de rente en 2004, la recourante a déposé une nouvelle demande en novembre 2006,

alléguant une péjoration de son état de santé. Elle se prévaut de l'appréciation du Dr B.\_\_\_\_\_, qui, le 14 novembre 2007, atteste une incapacité de travail totale depuis le 31 mars 2007, en raison de fibromyalgie et de discopathies. Toutefois, on conçoit mal les motifs qui ont amené ce médecin à retenir une telle incapacité, dès lors qu'il décrit l'état de santé de sa patiente comme étant stationnaire et n'a, jusqu'à son rapport du 14 novembre 2007, jamais retenu d'incapacité de travail, quand bien même il suit l'intéressée depuis l'année 2003. En effet, la problématique de la fibromyalgie avait été initialement relevée dans la procédure ayant conduit à la deuxième décision de l'OAI du 8 décembre 2004 et avait alors été considérée comme non invalidante, tandis que les discopathies diagnostiquées avaient été mises en évidence par le rapport d'IRM du 27 octobre 2006 déjà, sans qu'elles n'entraînent, à l'époque, d'incapacité de travail.

Or, s'il est vrai qu'aucun psychiatre ne s'est prononcé sur la problématique de la fibromyalgie, il convient toutefois de relever que la recourante n'a jamais estimé nécessaire de suivre un traitement psychiatrique, alors même que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux - auquel la jurisprudence assimile celui de fibromyalgie (cf. notamment ATF 132 V 65 consid. 4.1 ; TFA I 805/04 du 20 avril 2006, consid. 5.2.1 et les références citées) - avait été posé en 1996 déjà. A cette époque, l'assurée présentait d'ailleurs une pleine capacité de travail selon l'avis des médecins consultés. Partant, la mise en œuvre d'une expertise à ce stade n'apparaît pas justifiée. Il en va de même pour les atteintes de type somatique, dès lors que, comme le relève à juste titre l'OAI, aucun autre médecin ne retient une quelconque incapacité de travail. En particulier, le Dr H.\_\_\_\_\_ note qu'« *il n'y a pas d'éléments clairement indicateurs d'une atteinte radiculaire* » et que même si le « *présent bilan ne permet pas d'écartier définitivement un syndrome radiculaire ou un syndrome du défilé costo-claviculaire [...], le caractère des plaintes et les constatations cliniques n'apportent aucun argument déterminant en faveur de l'une ou l'autre des hypothèses précitées* ». En outre, si le Dr B.\_\_\_\_\_ tient à préciser que l'intéressée présente l'apparition d'un canal étroit lombaire sur protrusion discale et arthrose, il

ne considère toutefois pas cette affection comme étant invalidante. Enfin, il ne se prononce pas sur la capacité de travail exigible dans une activité adaptée et ne fait état d'aucune limitation fonctionnelle.

Cela étant, c'est à raison que l'OAI s'est fondé sur l'avis du SMR du 30 juin 2008, qui a repris les résultats de l'IRM lombaire et tenu compte notamment des observations du Dr H.\_\_\_\_\_ avant de conclure à l'absence d'une aggravation de l'état de santé de la recourante l'entravant de manière durable dans sa capacité de travail. L'appréciation du Dr B.\_\_\_\_\_, qui plus est médecin traitant de l'intéressée, donc empreint d'une propension naturelle à se prononcer en faveur de cette dernière, ne saurait dès lors emporter la conviction de la cour, au détriment des autres rapports médicaux versés au dossier, lesquels sont, contrairement à ce que fait valoir l'intéressée, clairs et motivés, reposent sur des examens cliniques et retiennent tous une absence d'atteinte invalidante à la santé. Partant, il y a lieu de retenir que la recourante n'a pas rendu plausible une aggravation sensible de son état de santé, de sorte que sa nouvelle demande doit être rejetée.

En définitive, le recours se révèle mal fondé et doit donc être rejeté, ce qui entraîne le maintien de la décision entreprise.

**5.** Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice sont arrêtés à 250 fr. et mis à la charge de la recourante (art. 69 al. 1bis LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20] ; cf. aussi art. 49 al. 1 LPA-VD et art. 2 al. 1 TFJAS [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2]).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD).

**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 25 septembre 2008 est confirmée.
- III. Les frais de justice, arrêtés à 250 fr. (deux cent cinquante francs), sont mis à la charge de la recourante.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**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).

La greffière :