

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 février 2010

Présidence de M. ABRECHT
Juges : MM. Perdrix et Pittet, assesseurs
Greffier : M. Greuter

Cause pendante entre :

Z. _____, à Prilly, recourante, représentée par Me Jean-Pierre Bloch,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 17 LAI; 87 al. 3 et 4 RAI

E n f a i t :

A. a) Le 30 janvier 2002, Z. _____ (ci-après: l'assurée), née en 1966, a déposé une demande de prestations AI pour adultes.

Il ressortait de l'expertise médicale du 21 janvier 2002 établie par le Dr P. _____, spécialiste FMH en médecin physique et réhabilitation ainsi qu'en maladies rhumatismales, ce qui suit:

"2. Quelles sont les plaintes de l'assurée

Les plaintes ont été énumérées par ordre d'importance.

L'anamnèse est peu précise et il est impossible de se faire une idée à la description des plaintes. Même lorsqu'elle répond à des questions précises, les réponses restent vagues et changent en cours de discussion.

Elle décrit toutes ses douleurs comme continues, aussi bien le jour que la nuit, parlant tantôt de dorsalgies, de lombalgies, de ses jambes alors que je lui pose des questions sur ses talalgies par exemple.

L'anamnèse est aussi très imprécise quant à la date d'apparition des symptômes. Tantôt les lombalgies ont débuté il y a 5 ans, voire plus, tantôt elles ne sont apparues qu'il y a un an.

Les lombalgies débutent il y a une année environ, sans cause évidente. Il n'y a en effet pas de traumatisme et rien de particulier ne s'est passé dans sa vie à ce moment-là.

Lorsqu'elle montre la région douloureuse, elle met la main sur le haut des 2 fesses puis elle montre des irradiations en ceinture vers la face antérieure des 2 cuisses jusqu'aux genoux.

Il est impossible de savoir s'il s'agit de douleurs mécaniques ou inflammatoires, Madame Z. _____ les décrit comme continues, aussi bien le jour que la nuit, douleurs ressenties en coup de couteau dans le dos. Ses douleurs sont en effet ressenties lorsqu'elle est assise, lorsqu'elle est debout, lorsqu'elle est couchée, aussi bien le jour que la nuit, à la marche, au repos etc. Pas d'exacerbation douloureuse au Valsalva.

Elle a fait pour ses lombalgies des traitements de physiothérapie sous forme de massages et d'exercices actifs. Ces traitements n'ont eu aucun effet.

Pour ce qui est des médicaments, elle prend 3 fois 20 à 30 gouttes par jour de Tramal, 2 comprimés par jour d'Arthrotec 50 mg, du Vioxx et du Ponstan à la demande.

Madame Z. _____ se plaint depuis un an de talalgies, de douleurs des chevilles et des pieds. Les douleurs des pieds sont localisées sur la face interne et longent le 1^{er} rayon. Elle me dit avoir les pieds constamment froids.

Ses douleurs de chevilles et de pieds sont continues, ressenties lorsqu'elle est assise, debout ou lorsqu'elle marche. Il semble y avoir une exacerbation des douleurs lorsqu'elle est debout, en statique.

Les dorsalgies sont médianes, ayant débuté en 95. A cause du travail, ses douleurs s'aggravent progressivement. Comme toutes

les autres douleurs, elles sont continues, ressenties aussi bien le jour que la nuit.

Elle a fait des séances de physiothérapie sans aucun effet.

Les scapulalgies sont prédominantes à droite. Il n'y a pas de localisation précise des douleurs, douleurs qui ne semblent pas exacerbées par les mouvements, par la charge et qui sont continues aussi bien diurnes que nocturnes.

Elle se plaint de douleurs des jambes accompagnées d'une sensation de froid. Cette sensation est plus marquée la nuit que le jour. Elle a consulté pour ses douleurs de jambes. Elle est très déçue de cette consultation 'car on ne lui a rien donné'.

Elle se plaint de céphalées. Lorsqu'on lui demande de montrer la région douloureuse, elle pose la main sur le front et l'occiput puis descend le long de la nuque. Ses douleurs disparaissent lorsqu'elle se couche.

Les deux genoux sont douloureux sur la face interne depuis 5-6 mois. Ses douleurs s'accompagnent d'une tuméfaction. Il n'y a pas d'horaire des douleurs qui sont ressenties du matin au soir et du soir au matin. Il n'y a pas de lâchage, pas de blocage des genoux, pas de limitation du périmètre de marche.

[...]

4. Diagnostic exact

Troubles circulatoires des membres inférieurs

Dorso-lombalgies chroniques

Hernie discale L5-S1

Troubles de la statique

Obésité (BMI 35)

Troubles somatoformes

Appréciation:

[...]

L'ensemble de la situation, les plaintes, les constatations cliniques et radiologiques, l'évolution des symptômes, la non réponse à quelques traitements que ce soient (antalgiques, AINS, physiothérapie, infiltrations, ...) fait évoquer un diagnostic de troubles somatoformes ou de fibromyalgie."

Faisant suite à différents rapports médicaux, le SMR a établi, le 16 mai 2003, un rapport d'examen, selon lequel l'atteinte principale présentée par l'assurée était des lombalgies chroniques communes, sans radiculopathie. Les pathologies associées du ressort de l'AI, lesquelles n'influençaient que les mesures professionnelles, étaient une insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs et une hernie discale L5-S1. Le SMR a posé pour diagnostics associés n'étant pas du ressort de l'AI: un syndrome d'amplification des douleurs, une obésité et une lipodystrophie des membres inférieurs. Il a retenu que dans son activité habituelle l'assurée présentait une incapacité totale de travail, alors que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles l'assurée pouvait exercer une activité à 100%. En outre, il a estimé que les limitations fonctionnelles

de l'assurée étaient: pas de station debout prolongée, pas de charge à porter et pas de travaux lourds. Il a également retenu que l'assurée était apte à la réadaptation depuis le 23 février 2001.

b) Sur la base du rapport d'examen du 16 mai 2003 du SMR, l'Office de l'assurance invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) a rendu, le 12 février 2004, une décision de refus de rente d'invalidité, au motif que le revenu auquel l'assurée pourrait prétendre dans une activité adaptée était supérieur au revenu réalisé dans son ancien emploi (activité habituelle). Des mesures professionnelles n'ont pas été jugées nécessaires.

Suite à l'opposition interjetée par l'assurée, le SMR l'a convoquée à un examen psychiatrique, qui a été réalisé le 2 décembre 2004 par la Dresse E._____. Ce médecin a retenu ce qui suit:

"Anamnèse psychosociale et psychiatrique

L'assurée n'a jamais bénéficié d'une prise en charge psychiatrique ambulatoire ou hospitalière. Sur le plan somatique, elle a été suivie par le Dr C._____, médecin au Centre médico-chirurgical [...] à [...] et après son départ à la retraite, elle est suivie par le Dr J._____ toujours à [...]. Avec son médecin traitant, l'assurée dit avoir rendez-vous 3 à 4 fois par mois et dans un deuxième temps elle change d'avis en disant qu'elle a rendez-vous seulement une fois toutes les 2 semaines. Elle bénéficie d'un traitement médicamenteux antidépresseur Saroten® retard 50 mg introduit par le médecin traitant en 2001 dans le cadre de ses douleurs chroniques et hypnotique Stilnox® 10 mg 1 comprimé en réserve géré par l'assurée.

L'assurée est prise en charge également par le Dr F._____, médecin rhumatologue avec lequel elle avait un rendez-vous en février 2004 et un deuxième rendez-vous en novembre 2004 donc à une fréquence de 2 fois par année.

L'assurée se plaint de douleurs aux talons, aux jambes, aux genoux, aux hanches, au dos et à la nuque et des maux de tête. En expliquant ses douleurs, l'assurée a une position tordue avec un sac de radiographies dans la main et sans aucun signe de souffrance.

Vie quotidienne

L'assurée se lève à 5h00 / 5h30, prend les médicaments et ensuite s'allonge pendant 1 heure. Après, elle boit un café, mange quelques biscuits et prépare le repas de midi qu'elle partage avec ses enfants. Pendant la matinée, elle ne sort jamais. Après le repas, elle prend les médicaments, s'allonge et regarde la télévision. Dans l'après-midi, l'assurée se promène dans l'appartement. Parfois, elle sort sur le balcon ou quand il fait beau, fait une promenade.

Sa vie sociale est normale, elle voit régulièrement ses amis. L'assurée assume partiellement le ménage, la lessive 2 fois par

semaine, le repassage est assumé par sa fille, la cuisine par l'assurée, la vaisselle et l'aspirateur par ses enfants. Elle accompagne son mari faire les courses le vendredi. L'assurée n'a pas de permis de conduire. Une fois par année, elle rentre en Serbie en voiture.

Status psychiatrique

L'assurée est une jeune femme correctement habillée, soignée de sa personne, détendue, souriante, collaborante et orientée aux 3 modes. Nous n'avons pas objectivé de troubles de la mémoire, de la concentration ou de l'attention ni de ralentissement psychomoteur.

La thymie est euthymique. Par moment, l'assurée présente des traits dépressifs lorsqu'elle est confrontée à son bilan existentiel actuel.

Elle ne verbalise pas d'idées suicidaires. Nous n'avons pas objectivé de symptômes de la lignée dépressive en faveur d'un diagnostic de dépression majeure.

Sur le plan anxieux l'assurée ne présente pas d'angoisse persistante ni d'attaque de panique en faveur d'un diagnostic d'anxiété généralisée ni de phobie en faveur d'un trouble phobique.

Elle s'exprime très peu en français ce qui justifie la présence d'un interprète. Le discours est cohérent, plaintif, elle partage bien le focus d'attention. Nous n'avons pas objectivé de symptômes de la lignée psychotique notamment délire, hallucination ou trouble formel ou logique de la pensée en faveur d'un diagnostic de décompensation psychotique.

Anamnesticquement, l'assurée se couche à 22h00, se réveille la nuit en raison de ses douleurs et se lève à 5h00 du matin. Ensuite elle s'allonge et se repose. L'appétit est dans la norme.

Ses capacités de jugement et de raisonnement correspondent à une intelligence dans les limites de la norme.

L'assuré est démonstrative et présente une amplification des plaintes somatiques sans signe de souffrance objectivable pendant l'entretien. Nous n'avons pas objectivé de symptômes en faveur d'un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant.

L'assurée ne présente pas de trouble de la personnalité morbide.

Dans son ensemble, le status psychiatrique est dans les limites de la norme.

Diagnostic

- Aucun diagnostic psychiatrique

Appréciation du cas

Il s'agit d'une assurée d'origine serbe, née en 1966, sans formation professionnelle, employée de blanchisserie en incapacité de travail du 23.02.2001 en raison de douleurs chroniques. Demande de rente, le 30.01.2002.

Suite au rapport d'examen SMR du 16.05.2003, l'assurée a été auditionnée par la REA qui a constaté l'opposition de l'assurée à toute idée de reprise d'une activité lucrative. Par conséquent, une approche théorique a été effectuée aboutissant à un refus de rente. C'est contre cette décision que l'assurée fait opposition en invoquant les douleurs et les troubles circulatoires déjà connus, sans apporter d'éléments nouveaux. Dans l'expertise médicale du 21.01.2002, le Dr P. _____ spécialiste FMH médecin physique et réhabilitation maladies rhumatismales, pose le diagnostic de trouble circulatoire des membres inférieurs, dorsolombalgies chroniques (hernie discale

L5-S1, trouble de la statique), obésité, troubles somatoformes et il évalue une capacité de travail exigible entière dans une activité adaptée. Par ailleurs, le Dr P. _____ pose le diagnostic de troubles somatoformes qui est un diagnostic psychiatrique et bien qu'un diagnostic psychiatrique n'ait pas été mentionné dans les rapports médicaux précédents, l'opposition de l'assurée nécessite de compléter l'instruction par un examen psychiatrique par un spécialiste.

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 perturbation de l'environnement psychosocial, de syndrome douloureux somatoforme persistant ni de limitation fonctionnelle psychiatrique. 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 syndrome douloureux somatoforme persistant, nous n'avons pas retenu ce diagnostic. L'assurée est démonstrative et elle met en avant ses plaintes somatiques qu'elle amplifie sans signe de souffrance objectivable pendant l'entretien et sans attirer notre empathie. En conclusion, nous n'avons pas retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant posé par le médecin rhumatologue. Même s'il ne s'agit pas d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, nous tenons à ajouter que 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 (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'Assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi, une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (arrêt N. précité, consid. 2.2.2; arrêt B. du 18.05.2004, prévu pour la publication, I 457/02, consid. 5.3.1).

Sur la base de notre observation clinique psychiatrique, l'assurée ne souffre d'aucune comorbidité psychiatrique à la pathologie somatique et sa capacité de travail exigible est entière, sur le plan psychiatrique, dans toute activité.

Les limitations fonctionnelles

Pas de limitation fonctionnelle psychiatrique.

[...]

En conclusion, sur le plan psychiatrique, une diminution de la capacité de travail n'est pas justifiée.

Capacité de travail exigible

Dans l'activité habituelle: 100%

Dans une activité adaptée:100%."

Par décision sur opposition du 4 février 2005, l'OAI a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision du 12 février 2004.

c) L'assurée a recouru auprès du Tribunal des assurances. Ce tribunal a retenu, par jugement du 4 décembre 2005, que tant l'expertise

médicale du 21 janvier 2002 du Dr P._____ - confirmée par le rapport SMR du 16 mai 2003 -, sur le plan somatique, que le rapport SMR du 2 décembre 2004 de la Dresse E._____, sur le plan psychiatrique, auxquels il convient d'accorder pleine valeur probante, sont convaincants et sans équivoque. Il a considéré que l'assurée, qui présentait certaines affections somatiques - pouvant être traitées tout à fait adéquatement -, était en mesure d'exercer à plein temps une activité adaptée. Il a alors rejeté le recours et confirmé la décision entreprise.

Par arrêt du 25 janvier 2007, le Tribunal fédéral a rejeté le recours de l'assurée et confirmé le jugement du Tribunal des assurances. Il a estimé qu'aucun motif ne permettait de s'écarter de l'appréciation des premiers juges et qu'aucun élément n'aurait pu conduire à douter du bien-fondé de l'expertise du Dr P._____ et du rapport SMR de la Dresse E._____.

B. **a)** Le 24 avril 2007, l'assurée, représentée par Me Jean-Pierre Bloch, a entamé une procédure de reconsidération et produit plusieurs pièces médicales, notamment un certificat du Dr J._____, médecin traitant, spécialiste ORL et allergologue FMH, un rapport médical du 20 décembre 2006 de la Dresse Q._____ de l'Hôpital orthopédique du CHUV et un rapport du 7 juin 2005 du Dr G._____, spécialiste en chirurgie et chirurgie viscérale, auxquels l'assurée a été adressée par son médecin traitant.

Dans son rapport, la Dresse Q._____ a retenu ce qui suit:

"Diagnostics:

- Syndrome douloureux chronique de l'appareil locomoteur
 - Etat anxio-dépressif et troubles somatoformes
 - Obésité
 - Status post-plusieurs interventions pour varices au niveau des MI
- [...]

Conclusions:

Il s'agit d'un cas typique de douleurs chroniques de l'appareil locomoteur chez une femme qui présente une composante psychosomatique majeure. Elle a des convictions personnelles très rigides et est persuadée d'avoir des articulations déplacées et d'être atteinte d'une maladie grave.

Vu ses manques d'introspection, il est difficile de penser qu'on pourra changer rapidement sa façon de voir sa maladie et son handicap. Toutefois, on peut essayer une prise en charge à l'unité du rachis durant le programme hospitalier en essayant de lui offrir un soutien psychologique en parallèle avec des soins de confort et de lui donner plus de confiance dans son corps.

Il n'a pas lieu de faire d'autres investigations car l'anamnèse et l'examen clinique n'amènent aucun élément pour nous faire suspecter une affection inflammatoire ou une maladie systémique.

Une évaluation psychiatrique mérite par contre d'être faite pour mieux comprendre la personnalité de cette femme et les raisons qui l'ont amenée dans cette situation."

Dans son rapport, le Dr Kayoumi a retenu ce qui suit:

"Diagnostics: - récurrence de varices symptomatiques des deux MI

- status après cure de varices des MI en 1993 et 1997
- dorso-lombalgies chroniques
- douleurs chroniques au niveau de l'épaule droite sur probable discopathie cervicale?
- status post probable TVP du MID en 1997

Rappel anamnestique: cette patiente, déjà opérée à deux reprises des varices des MI au CHUV en 1993 et 1997 présente par ailleurs de nombreuses doléances au niveau cervical et dorsal. Elle a cessé de travailler depuis 2001. Actuellement, se plaint de douleurs importantes au niveau des MI prédominant à gauche, avec présence d'oedèmes. Un examen angiologique fait sur ta demande met en évidence une récurrence de varices sur le réseau superficiel avec un réseau profond perméable.

Examen clinique: patiente présentant un lipoedème très important des MI avec une nette prédominance du côté gauche.

MIG: présence de grosses varices partant de la face externe de la cuisse ainsi que de multiples trajets variqueux au niveau jambier, en particulier sur la ligne de Linton avec en tous cas 3 points douloureux, correspondant probablement à des veines perforantes.

MID: un trajet variqueux de la face interne de la cuisse. De plus, status similaire au niveau jambier, à savoir avec probable insuffisance de perforantes sur la ligne de Linton.

Pas de trouble trophique. Présence d'une couronne phlébectasique prédominant au niveau de la cheville gauche.

Discussion: selon notre entretien de ce jour, l'examen angiologique fait par notre collègue le Dr L. _____, ne montre pas d'une manière très précise les points de fuite au niveau des veines perforantes. De plus, il n'y a aucune description par rapport à une récurrence au niveau des deux crosses des saphènes internes."

Dans un avis médical du 19 décembre 2007, le SMR a retenu que les pièces médicales produites par l'assurée dans le cadre de sa demande de reconsidération ne faisaient que confirmer les atteintes déjà

connues. Aucun élément médical objectif nouveau ni une quelconque aggravation de l'état de santé physique ou psychique de l'assurée n'étaient à relever. Par conséquent, il n'y avait pas lieu, selon le SMR, d'entrer en matière sur cette demandant déposée moins de trois mois après le rejet du recours - relatif à sa demande de prestations AI du 30 janvier 2002 - par le Tribunal fédéral des assurances.

Reprenant l'avis SMR du 19 décembre 2007, l'OAI a communiqué à l'assurée, le 3 janvier 2008, un projet de décision de refus d'entrer en matière.

b) Par courrier du 18 février 2008, le médecin traitant de l'assurée a déclaré la soutenir dans sa contestation du projet de décision. A son sens, les différents médecins consultés ont démontré en toute objectivité qu'elle présentait plusieurs pathologies invalidantes. A l'appui de son courrier, il a produit plusieurs pièces médicales.

Dans un courrier du 6 novembre 2008, l'OAI a relevé que le médecin traitant de l'assurée avait, dans son courrier du 18 février 2008, contesté le fait que l'atteinte à la santé de l'assurée ne fût pas reconnue comme invalidante. Or, selon l'OAI, une telle contestation n'était pertinente qu'à l'encontre de sa décision du 4 février 2005, laquelle avait été confirmée par un arrêt du Tribunal fédéral, et non à l'encontre de son projet de décision. Il a informé l'assurée qu'il ne pouvait pas reconsidérer une décision judiciaire, d'autant plus que, sur le fond, le médecin traitant n'avait apporté aucun élément permettant de remettre en cause le bien-fondé du projet de décision. En ce qui concerne la prise en charge sur le plan psychiatrique, l'OAI a relevé que le médecin traitant n'avait pas précisé s'il s'agissait d'une atteinte préexistante, d'une aggravation ou d'une nouvelle atteinte. Il a alors accordé un délai à l'assurée pour pouvoir se déterminer à ce sujet.

Par courrier du 15 décembre 2008, l'assurée a communiqué à l'OAI un courrier de son médecin traitant du 6 décembre 2008, auquel étaient annexées différentes pièces médicales. Selon le courrier du

médecin traitant, l'état de santé de l'assurée s'était progressivement dégradé les derniers mois au niveau tant physique que psychique. Il a souligné que les médecins consultés, qui étaient spécialisés dans leur domaine, avaient clairement statué sur ce cas et posé des diagnostics précis qui ne permettaient pas à l'assurée d'exercer une quelconque activité lucrative. Hormis des certificats médicaux et un rapport médical du 5 décembre 2008 du Dr S._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, les pièces médicales annexées avaient déjà été communiquées lors du dépôt de la demande en reconsidération. Un certificat médical du 8 décembre 2008, établi par le Dr U._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a attesté que l'assurée était en incapacité totale de travail et qu'une éventuelle reprise devait être examinée lors du prochain contrôle fixé au 12 décembre 2008. Le 12 décembre 2008, le médecin traitant a établi un certificat médical selon lequel l'assurée présentait une incapacité totale de travail pour une durée indéterminée. S'agissant du rapport médical du Dr S._____, il attestait que ce médecin suivait l'assurée depuis le 6 février 2007 et qu'elle présentait un épisode dépressif modéré depuis 2002 ainsi qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant diagnostiqué par les Drs F._____ et Q._____. A l'instar du Dr J._____, le Dr S._____ a estimé que les pathologies présentées par l'assurée étaient invalidantes depuis plusieurs années.

c) Par décision du 7 janvier 2009, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande en reconsidération de l'assurée, au motif que les pièces médicales produites n'établissaient pas de façon plausible une modification de l'atteinte à la santé de l'assurée influençant ses droits conformément à l'art. 87 al. 3 et 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201). Au contraire, ces pièces tendaient à remettre en cause le bien-fondé de la décision du 4 février 2005 que l'OAI ne pouvait pas reconsidérer, celle-ci ayant été confirmée par arrêt du Tribunal fédéral.

C. **a)** Par acte du 6 février 2009, Z._____ a recouru contre la décision du 7 janvier 2009 de l'OAI. Elle souligne que les divers médecins

qui l'ont examinée ne partagent pas l'opinion de l'OAI, selon lequel elle n'aurait pas su rendre plausible une modification de son état de santé. La recourante considère en effet que ces médecins sont arrivés à la conclusion qu'elle était incapable de travailler pour des raisons tant somatiques que psychiques.

En outre, sur recommandation de son médecin traitant, elle sollicite la mise en œuvre d'une nouvelle expertise neutre.

Elle conclut à l'admission de son recours et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire.

La recourante s'est acquittée de l'avance de frais de 500 fr. qui lui a été demandée.

b) Par réponse du 22 avril 2009, l'OAI souligne qu'un motif de révision du droit de la rente suppose une modification notable de la situation influençant le taux d'invalidité. Il ne suffit pas qu'une situation, restée inchangée pour l'essentiel, soit appréciée d'une manière différente.

La maxime inquisitoire ne s'applique pas à cette procédure. L'administration doit uniquement se limiter à examiner si les allégations de l'intéressé sont crédibles. Or, en l'espèce, la recourante n'a pas rendu vraisemblable une aggravation de son état de santé, puisqu'elle a fait état des mêmes atteintes à la santé que par le passé.

Il conclut au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise.

c) Par réplique du 20 mai 2009, l'assurée produit des documents médicaux de mars et avril 2009 émanant du médecin-conseil du Service de l'emploi, lequel a attesté que, depuis le 31 mars 2009, la capacité de travail de la recourante était au maximum de 50% pour une durée prévisible de 3 mois. Selon ce médecin-conseil, la recourante,

malgré certaines restrictions médicales, pouvait toujours exercer dans sa profession.

Une réévaluation de sa capacité de gain étant prévue, la recourante sollicite une suspension de la présente procédure pour trois mois.

d) Par duplique du 17 juin 2009, l'OAI rappelle que l'examen du juge des assurances est limitée au point de savoir si les pièces déposées en procédure justifiaient ou non la reprise de l'instruction. En l'espèce, il estime que les nouveaux documents produits ne sont pas de nature à remettre en cause le bien-fondé de la décision entreprise, ces nouveaux documents étant succincts et peu motivés.

La recourante n'ayant su rendre vraisemblable une aggravation de son état de santé au moment du dépôt de la demande de reconsidération ni durant les deux ans qui s'en sont suivis, l'OAI s'oppose formellement à une suspension à ce stade de la procédure.

E n d r o i t :

1. Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1^{er} 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).

La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales

(art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile devant le tribunal compétent, est recevable en la forme.

2. En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413, consid. 2c; 110 V 48, consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

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; 116 V 246, consid. 1a, et les références; cf. encore TF 9C_81/2007 du 21 février 2008, consid. 2.4, et 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; 117 V 287, consid. 4, et les références; cf. encore TF 9C_81/2007 du 21 février 2008, consid. 2.4, et 9C_397/2007 du 14 mai 2008, consid. 2.1).

En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si l'état de santé de la recourante s'est aggravé entre la décision du 4 février 2005 et celle du 7 janvier 2009 (cf. ATF 133 V 108, consid. 5).

3. a) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA (qui reprend l'ancien art. 41 LAI, abrogé lors de l'entrée en vigueur de la LPGA), lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire du droit à 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.

Conformément à l'art. 87 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201), lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'art. 87 al. 3 RAI sont remplies. Cela signifie que la nouvelle demande doit établir de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. En d'autres termes, le fardeau de la preuve (ou de la démonstration du caractère plausible) est à la charge de l'assuré. Ainsi, il n'incombe pas dans cette situation à l'OAI, ni du reste au Tribunal cantonal, d'examiner d'office, en requérant des avis médicaux, si l'état de santé s'est aggravé. Il faut d'autant plus exiger de l'assuré qu'il rende plausible cette modification ou aggravation lorsqu'il présente sa nouvelle demande peu après l'entrée en force de la décision de refus de prestations (ATF 130 V 64). L'art. 87 al. 4 RAI a pour but de permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations, 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 pertinents (cf. ATF 133 V 108, consid. 4.2; 130 V 64, consid. 5.2.3, 117 V 198, consid. 4b; 109 V 108, consid. 2a; TFA I 597/05 du 8 janvier 2007, consid. 2). Ainsi, 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 (TFA I 597/05 du 8 janvier 2007; TFA I 187/05 du 11 mai 2006, consid. 1.1; TFA I 600/05 du 29 novembre 2006, consid. 4; ATF 109 V 108, consid. 2b).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon les dispositions précitées; 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 133 V 545, consid. 6.1; 130 V 343, consid. 3.5; 113 V 273, consid. 1a; voir également ATF 112 V 371, consid. 2b, et 387, consid. 1b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003, consid. 2.2 *in fine*, et les références). Il en va de même d'une modification peu importante des données statistiques de caractère général (ATF 133 V 545). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545, consid. 6.2 à 7). Le point de savoir si un changement important 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 une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108, consid. 5; 130 V 343, consid. 3.5.2; 125 V 368, consid. 2, et la référence citée).

b) Le Tribunal fédéral des assurances a jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 195, consid. 2; 122 V 158, consid. 1a, et les références), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI. Il a précisé qu'eu égard au caractère atypique de cette procédure dans le droit des assurances sociales, l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002; actuellement, voir l'art. 43 al. 3 LPGa) – qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst.). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence se sont modifiées, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses

moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait au moment où l'administration a statué (ATF 130 V 64, consid. 5.2.5; TFA I 52/03 du 16 janvier 2004, consid. 2.2; TFA I 67/02 du 2 décembre 2002, consid. 4).

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 porter un jugement valable sur le droit litigieux. Lorsque 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).

S'agissant des constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles 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 peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc, et les références; VSI 2001, p. 106, consid. 3b/bb et cc; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents

obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^e éd., n. 688c, p. 1025). Il faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 5.2).

4. En l'espèce, la recourante, se prévalant de différents rapports médicaux, soutient que son état de santé s'est aggravé.

a) Conformément à la jurisprudence, les moyens de preuve et les faits intervenus postérieurement à la décision entreprise ne doivent pas être pris en considération (cf. consid. 2 supra). Dès lors, les pièces médicales établies par le médecin-conseil du Service de l'emploi sont sans incidence dans la présente cause. Au demeurant, ce médecin estime, dans une pièce médicale du 20 avril 2009, que la recourante présente une incapacité de travail temporaire – durée prévisible de 3 mois – et qu'elle est apte à exercer son activité habituelle.

b) Dans le cadre d'une demande en reconsidération, il appartient, conformément à la jurisprudence, au seul assuré de rendre vraisemblable une aggravation de la santé (cf. consid. 3b supra). Le tribunal de céans n'a pas à mettre en œuvre une mesure d'instruction complémentaire ni à renvoyer la cause à l'OAI pour qu'il procède à une telle instruction. Dès lors, il convient de statuer en l'état du dossier.

c) La recourante fonde l'aggravation de son état de santé principalement sur l'opinion ainsi que sur les rapports établis ou communiqués par son médecin traitant, le Dr J._____, spécialiste ORL et allergologue FMH. Ce dernier estime que les diagnostics posés par les médecins consultés, lesquels sont des spécialistes dans leur domaine, démontre en toute objectivité que la recourante présente plusieurs pathologies invalidantes et qu'elle ne peut pas exercer d'activité lucrative.

Sur le plan somatique, parmi les différentes pièces médicales établies après la décision du 4 février 2005, seules celle du Dr G._____, spécialiste en chirurgie et chirurgie viscérale (7 juin 2005), et celle de la Dresse Q._____, de l'Hôpital orthopédique du CHUV (20 décembre 2006) correspondent à des rapports médicaux en bonne et due forme. Ces rapports retiennent les diagnostics pertinents suivants:

- Récidive de varices symptomatiques des deux MI;
- Dorso-lombalgies chroniques;
- Syndrome douloureux chronique de l'appareil locomoteur;
- Etat anxio-dépressif et troubles somatoformes;
- Obésité; et
- Status post-plusieurs interventions pour varices au niveau des MI.

Les Drs G._____, et Q._____ ainsi que la recourante et les autres médecins consultés par cette dernière ne précisent ni ne motivent si et, le cas échéant, dans quelle mesure ces diagnostics ont une répercussion négative sur la capacité de travail ni en quoi ils démontreraient une aggravation de l'état de santé de la recourante depuis février 2005. Dans ces circonstances, leur opinion n'emporte pas force probante (cf. consid. 3c supra). Au demeurant, ces diagnostics se recourent avec ceux posés avant que la première décision ne soit rendue, notamment avec ceux posés par le Dr P._____ dans son rapport du 21 janvier 2002. Dans ces circonstances, il convient de retenir, la recourante n'ayant pu démontrer le contraire, que, sur le plan somatique, l'état de santé de cette dernière n'a pas évolué, du moins ne s'est pas aggravé dans une mesure nécessaire pour satisfaire les conditions d'une reconsidération au sens de la LAI (cf. consid. 3a supra).

S'agissant du volet psychiatrique, la recourante n'a pas produit de pièces médicales permettant d'invalider le rapport SMR réalisé par la Dresse E._____. Sur ce point, le seul rapport établi par un psychiatre FMH est celui du Dr S._____. Or, ce dernier ne fait que rappeler un état de faits antérieur à la décision du 4 février 2005, confirmée par arrêt du Tribunal fédéral et qui retient une capacité totale de travail dans une activité adaptée. S'agissant en particulier d'un éventuel trouble

somatoforme douloureux, il renvoie à l'opinion des Drs J._____ et Q._____. Or, ce domaine échappe au champ de spécialisation de ces médecins. Au demeurant, à l'instar de ces derniers, le Dr S._____ ne motive pas en quoi un trouble psychique constituerait une aggravation de l'état de santé de la recourante depuis février 2005, de sorte que son rapport ne satisfait pas les conditions jurisprudentielles relatives à la force probante. En tout état de cause, conformément à la jurisprudence, l'avis des médecins consultés doit en principe être admis avec réserve (cf. consid. 3c supra). Il convient ainsi de retenir qu'également sur le plan psychique, l'état de la recourante est demeuré inchangé, du moins ne s'est pas aggravé dans une mesure telle qu'un atteinte psychique invalidante au sens de la LAI, notamment un trouble somatoforme douloureux – dont le caractère invalidant n'est par ailleurs retenu que restrictivement (cf. en particulier ATF 132 V 65; 131 V 49; 130 V 352; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009) –, puisse être reconnue.

5. En définitive, une aggravation de l'état de santé au sens de la LAI n'a su être démontrée par la recourante conformément aux exigences posées par la jurisprudence, de sorte que, mal fondé, son recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

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 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 LPA-VD). En outre, il n'y a pas lieu dans ces circonstances d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA; 55 LPA-VD).

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
prononce :

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision attaquée est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de la recourante Z._____.
- 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:

- Me Jean-Pierre Bloch (pour Z._____)
- 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: