

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 mars 2011

Présidence de M. DIND
Juges : Mme Rossier et M. Bidiville, assesseurs
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

R. _____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Véronique Fontana,
avocate audit lieu,

et

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

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

E n f a i t :

A. R._____ (ci-après: l'assurée), de nationalité portugaise, née en 1963, sans formation, a travaillé comme employée d'usine au Portugal et dans la restauration en Suisse. Le 27 septembre 2001, elle a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI) une demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une rente.

L'OAI s'est adressé à la Dresse B._____, médecine générale à Lausanne, qui, dans un rapport du 13 novembre 2001, a posé les diagnostics de syndrome douloureux chronique avec cervico-brachialgies bilatérales prédominant à gauche chroniques et lombosciatalgies gauches chroniques, d'intolérance à l'amitriptyline et d'état dépressif. L'incapacité de travail a été évaluée à 100% depuis le 3 décembre 1999. Cette praticienne a remis à l'OAI plusieurs rapports de spécialistes, dont un rapport du 29 octobre 2001 du Dr T._____, spécialiste FMH en rhumatologie à Lausanne, posant notamment les diagnostics de trouble somatoforme persistant sous la forme de polyarthralgies et de rachialgies, de troubles statiques et dégénératifs rachidiens modérés et d'état dépressif, puis retenant une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée. La Dresse B._____ a par ailleurs déposé un rapport du 10 juillet 2001 de la Dresse M._____, psychiatre et psychothérapeute FMH à Lausanne, évoquant un état déprimé.

Sur proposition du Service médical régional AI (ci-après: SMR), l'assurée a été soumise à un examen psychiatrique par le SMR, effectué par le Dr G._____, psychiatre FMH, en présence du Dr C._____, médecin généraliste. Le 26 septembre 2003, ces médecins ont posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, précisant que cette atteinte ne revêtait pas de caractère invalidant.

Dans un rapport d'examen SMR du 12 janvier 2004, le Dr C._____ a retenu l'atteinte principale à la santé de cervico-brachialgies bilatérales et lombo-sciatalgies gauches chroniques, avec troubles

statiques et dégénératifs modérés du rachis. Se référant à l'avis du Dr T._____, il a évalué la capacité de travail de l'assurée à 75% dans une activité adaptée, répondant aux limitations fonctionnelles suivantes: activité lourde, port de charges au-delà de 15 kilos, mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, marche prolongée, escaliers répétés.

L'OAI a en outre requis l'avis du Dr J._____, spécialiste FMH en neurologie, qui en date du 26 juillet 2004 a posé les diagnostics de céphalées de caractère essentiellement tensionnel, de cervicalgies et discrètes brachialgies gauches irritatives, d'hémicorporalgies gauches dans le cadre d'un probable trouble somatoforme douloureux et d'amblyopie gauche. Il a indiqué que l'assurée pouvait éventuellement exercer une activité adaptée, à 50%, en évitant tout effort pour porter, soulever des charges ou marcher longtemps. Le Dr J._____ a également remis à l'OAI d'autres rapports émanant de spécialistes, notamment des documents radiologiques et une IRM cervico-dorsale.

Par décision du 8 juillet 2005, l'OAI a reconnu le droit de l'assurée à une rente entière du 1^{er} décembre 2000 au 31 décembre 2001. L'OAI a indiqué que l'assurée présentait une incapacité de travail totale depuis le 13 (recte: 3) décembre 1999, de sorte que le droit à une rente entière existait depuis décembre 2000. Dès octobre 2001, il a indiqué qu'une capacité de travail de 75% était reconnue dans une activité adaptée, mettant en évidence un degré d'invalidité de 24.40%, de sorte que la rente devait être supprimée trois mois après l'amélioration de l'état de santé.

Le 2 mai 2006, plusieurs documents médicaux ont été transmis par la Dresse B._____, en particulier les pièces suivantes:

- un examen du 1^{er} septembre 2004 du Dr T._____, retenant la présence de cervico-brachialgies gauches dans un contexte de trouble somatoforme douloureux persistant, avec un examen clinique peu relevant, sans limitation fonctionnelle majeure de la colonne cervicale mais intégrant principalement des contractures musculaires éparses. Ce

médecin a écarté l'opportunité d'une infiltration ciblée et d'une intervention au niveau cervical, puis a proposé une prise en charge ostéopathique.

- Un rapport du 18 novembre 2004 du Dr J._____, constatant qu'il n'y avait aucune anomalie objective du point de vue clinique et neurographique, des investigations neuroradiologiques complémentaires n'étant pas indiquées.

- Un rapport du 27 juin 2005 du service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur du CHUV, posant le diagnostic de hallux valgus bilatéral.

- Une lettre de sortie dudit service, attestant d'une ostéotomie de chevron de M1 bilatérale effectuée le 12 octobre 2005.

- Un rapport du 20 janvier 2006 de la Dresse B._____, attestant de céphalées, cervicalgies, lombalgies, douleurs dans les chevilles et insomnies, ainsi que d'un suivi depuis mai 1990.

- Un courrier du 15 avril 2006 de la Dresse M._____, retenant comme impression diagnostique un trouble somatoforme persistant sur fond de dépression essentielle et d'insécurité affective, un trouble de la personnalité borderline, ainsi qu'un contexte familial de mari malade et invalide et d'enfants en bas âge. Une moins grande agitation intérieure et une meilleure gestion de la violence à l'encontre des enfants ont été signalées depuis deux mois de médication; compte tenu de l'impasse existentielle, expressive et douloureuse qui restait entière, une capacité de travail actuelle nulle a été retenue.

B. Le 12 juin 2006, l'assurée a déposé une nouvelle demande auprès de l'OAI, tendant à l'octroi d'une rente, se prévalant de fibromyalgie.

Dans un avis médical du 4 août 2006, le Dr C._____ a retenu que les éléments médicaux nouveaux n'étaient pas de nature à modifier l'exigibilité fixée dans le rapport d'examen SMR du 12 janvier 2004, tant au niveau somatique que psychiatrique. Il a notamment relevé que l'opération de hallux valgus aux deux pieds ne revêtait pas un caractère invalidant, s'étant limitée à quelques semaines d'incapacité de travail totale.

Par projet de décision du 22 novembre 2006, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit à des prestations d'invalidité. Se référant à l'avis du SMR, il a retenu que l'état de santé de l'assurée ne s'était pas modifié au point de modifier la capacité de travail de 75% qui avait été reconnue dans l'exercice d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, de sorte que le degré d'invalidité de 24.40% reconnu dans la décision du 8 juillet 2005 devait être confirmé.

Le 8 décembre 2006, la Dresse B._____ a remis à l'OAI un rapport dans lequel elle a retenu que l'assurée souffrait d'un trouble somatoforme, de douleurs persistantes avec un état dépressif chronique difficile à traiter et de troubles du sommeil importants; cette praticienne a estimé qu'une rente d'invalidité entière était indiquée et a requis la mise en œuvre d'une expertise. La Dresse B._____ a joint à son envoi les avis suivants du Dr Z._____, du service de neurologie du CHUV:

- Un rapport du 5 septembre 2006, attestant de plaintes d'un sommeil extrêmement fractionné, de cervicalgies et de douleurs lombaires, notamment. A l'examen neurologique, ce spécialiste n'a constaté aucune dysfonction significative au niveau des nerfs crâniens, du système moteur, sensitif et cérébelleux. Sur le plan psychologique, il a observé une patiente déprimée et anxieuse.

- Un rapport du 30 octobre 2006, faisant état d'un examen par Holter EEG ambulatoire effectué les 30 et 31 août 2006, démontrant l'absence de somnolence durant la journée, une latence de l'endormissement très courte mais un sommeil extrêmement fragile,

constituant un hypnogramme assez caractéristique d'un état dépressif. Il a proposé différents traitements médicamenteux et a requis la poursuite ponctuelle des contrôles auprès de la Dresse M._____, sans envisager lui-même d'examiner à nouveau l'assurée.

Le 22 décembre 2006, la Dresse M._____ a demandé à l'OAI de réexaminer la situation de l'assurée, se référant à son rapport du 15 avril 2006. En date du 11 janvier 2007, l'assurée et son mari ont été entendus par un représentant de l'OAI. L'intéressée a déclaré se sentir plus mal qu'en 2000, en raison des douleurs, et s'est référée à son traitement médicamenteux ainsi qu'au suivi auprès de différents médecins.

Dans un avis médical du 21 février 2007, le Dr C._____ a indiqué que les éléments médicaux au dossier n'apportaient pas d'éléments nouveaux, en ce sens qu'il n'y avait pas d'aggravation de nature à modifier l'exigibilité de 2004. Au sujet du rapport du 15 avril 2006 de la Dresse M._____, il a relevé que les troubles douloureux chroniques sont le plus souvent accompagnés de trouble thymique et anxieux, ce que l'on retrouve chez l'assurée et qui nécessite, comme en 2004, la prise d'antidépresseurs. Il a ajouté que le Holter EEG n'avait pas révélé de somnolence diurne et donnait un tracé nocturne compatible avec un trouble dépressif, constituant un élément dans le sens d'un trouble douloureux chronique.

Le 18 avril 2007, le Dr C._____ a précisé à l'intention de l'OAI que l'assurée ne présentait pas de comorbidité psychiatrique ayant valeur d'invalidité. Il a retenu que le trouble de la personnalité borderline n'avait pas été mis en évidence avant 2006 et qu'on ne retrouvait manifestement pas chez l'assurée des éléments florides dès l'adolescence. S'agissant de la présence d'un "fond de dépression existentielle" retenu en 2006 par la Dresse M._____, le Dr C._____ a relevé que les douloureux chroniques présentent le plus souvent un trouble thymique qui n'a pas valeur d'invalidité, étant réactif au syndrome douloureux.

Dans une lettre de sortie du 26 avril 2007, le service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur du CHUV a attesté d'un séjour de l'assurée les 24 et 25 avril 2007 et posé les diagnostics principaux de status post cure d'hallux valgus (Chevron) à gauche en octobre 2005, de névrome de Morton 2^{ème} et 3^{ème} rayon à gauche et d'exostose M5 à gauche, puis de syndrome douloureux cervico-brachial gauche sur une hernie discale médiane C5-C6.

Dans un rapport du 21 avril 2008, la Dresse B._____ a attesté que l'assurée souffrait d'un trouble somatoforme chronique avec douleurs persistantes au niveau de l'appareil locomoteur, de troubles du sommeil et d'un état dépressif chronique. Elle a retenu qu'une rente entière était indiquée et a requis l'OAI d'interpeller la Dresse M._____ et de mettre en œuvre une expertise psychiatrique.

Par décision du 2 mars 2009, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à des prestations d'invalidité. Se référant à l'avis du SMR, il a retenu que l'état de santé de l'assurée ne s'était pas modifié au point de modifier la capacité de travail de 75% qui avait été reconnue dans l'exercice d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, de sorte que le degré d'invalidité de 24.40% devait être confirmé. L'OAI a précisé que les pièces médicales, examinées par le SMR, n'apportaient pas d'éléments nouveaux permettant de modifier le droit aux prestations, qu'il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique ayant valeur d'invalidité et qu'une expertise psychiatrique n'était pas nécessaire.

C. Par acte du 20 avril 2009 de son mandataire, l'assurée a déposé un recours au Tribunal cantonal et a conclu, avec suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision du 2 mars 2009, en sollicitant l'octroi d'un délai pour produire de nouveaux rapports médicaux et le cas échéant compléter son recours.

Se prévalant d'une constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents et de l'interdiction de l'arbitraire, elle soutient que la décision attaquée est insoutenable dès lors que les médecins mandatés

par l'OAI ne l'ont pas consultée depuis des années. Se basant sur l'avis de ses médecins traitants, elle fait valoir que sa capacité de travail résiduelle est nulle, puis annonce que des nouveaux rapports médicaux seront transmis.

Par la suite, la recourante a déposé les documents médicaux suivants:

- Un rapport du 22 avril 2009 du Dr J._____, faisant état d'un status neurologique partiel et d'un EMG effectué le même jour, puis retenant ce qui suit:

"Sur la base de l'ensemble de ces éléments, on retrouve donc à nouveau des paramètres neurographiques tout à fait physiologiques. Il n'y a pas de signes en faveur d'une atteinte neurogène au niveau des myotomes C6 et C7 au niveau du membre supérieur gauche. L'examen clinique ne permet pas de déterminer une symptomatologie déficitaire focale. Il n'y a en tout cas pas de signes déficitaires radiculaires en C6 à gauche. Une approche thérapeutique avec Lyrica pourrait être proposée. Je ne pense pas qu'il y ait actuellement d'indication chirurgicale, mais peut-être que dans le contexte actuel un avis ambulatoire auprès de la polyclinique de Neurochirurgie pourrait être souhaitable".

- Un rapport du 30 mai 2009 de la Dresse M._____, posant les diagnostics d'anxiété généralisée, de dysthymie, de réaction à des facteurs de stress sévères et de syndrome douloureux somatoforme persistant chez une personnalité anxieuse et dépendante. Elle a fait état d'un traitement médicamenteux et a retenu ce qui suit:

"Capacité de travail dans une activité adaptée: actuellement, le stress du deuil, le bouleversement émotionnel et douloureux qui s'ensuivent me semblent vouer à l'échec toute tentative de reclassement, par exemple comme caissière. Peut-être cela sera envisageable dans 1 ou 2 ans?

[...]

J'ajouterai, maintenant que le mari vient de mourir, qu'il s'agit là d'une perte massive de plus, et qu'il est bien possible que le vécu de deuil soit compliqué, amenant un plombage encore un peu plus massif de la situation; mais il se peut aussi que, dans 1-2 ans, s'étant apaisée et vivant mieux comme veuve, elle retrouve une stabilité suffisante pour tenter de s'intégrer à une vie plus normale".

D. Dans sa réponse du 5 août 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée, indiquant que les arguments de la recourante ne permettaient pas de remettre en cause sa position et que le SMR expliquait de façon convaincante les raisons pour lesquelles la capacité de travail de l'intéressée était toujours de 75% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. L'OAI a déposé les documents suivants:

- Un avis médical du 20 juillet 2009 des Drs C._____ et Q._____, du SMR, retenant que les documents produits par les Drs B._____, M._____ et J._____ n'apportaient pas d'élément médical nouveau, de sorte que la preuve d'une aggravation de l'état de santé prolongée et invalidante n'était pas été apportée et qu'une expertise psychiatrique n'était pas justifiée.

- Un avis médical du 29 juillet 2009 des médecins précités, relevant, au sujet du rapport du 30 mai 2009 de la Dresse M._____, que la description de l'état de santé actuel était superposable à celle relatée en 2001 et 2006, qu'il n'y avait aucun symptôme psychiatrique inquiétant, que la complication de la situation pour cause de deuil n'était qu'une supposition et que la médication ainsi que la compliance thérapeutique n'étaient pas précisées, de sorte qu'il n'y avait pas d'élément nouveau permettant d'admettre une aggravation prolongée et invalidante.

E. Le 13 août 2009, la recourante a confirmé ses conclusions et repris ses arguments, faisant valoir que l'OAI aurait dû procéder à un examen et mettre en œuvre une expertise, avant de rendre la décision entreprise.

Elle a déposé un courrier du 24 avril 2009 du Dr J._____, posant les diagnostics de possible cervico-brachialgie irritative C6 gauche, non déficitaire, dans le cadre d'une protrusion discale médiane et paramédiane gauche en C5-C6, de syndrome douloureux multiple et d'état dépressif réactionnel (décès du mari il y a trois mois). Ce médecin a également fait état du traitement médicamenteux, puis a retenu que la

capacité de travail dans une activité adaptée était de 50%, avec ménagement, et que l'état dépressif s'était aggravé en raison du décès du mari.

Le 27 août 2009, l'OAI a confirmé sa position et renvoyé à ses précédentes écritures, expliquant que les arguments présentés par la recourante n'apportaient aucun élément médical susceptible de remettre en cause sa position.

En date du 30 septembre 2009, la recourante a maintenu sa position.

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). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 7^e jour avant Pâques au 7^e jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a 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^{er} 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 est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. 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^{er} 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. 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.

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 c. 4c, TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 c. 3.1). 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 c. 5.3, TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 c. 3.2).

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 c. 4, TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 c. 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 c. 4, 115 V 133 c. 2; 114 V 310 c. 2c; 105 V 156 c. 1, VSI 2002 p. 64, TFA I 274/05 du 21 mars 2006 c. 1.2, TF I 562/06 du 25 juillet 2007 c. 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 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a et les arrêts cités, TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 c. 2.1.1).

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 c. 3b/cc et les références citées, TFA I 554/01 du 19 avril 2002 c. 2a).

c) 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 c. 5b, 125 V 368 c. 2, 112 V 372 c. 2b, TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 c. 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 c. 2b, 112 V 390 c. 1b, TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 c. 5.1, TFA I 406/05 du 13 juillet 2006 c. 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 c. 5.1, TFA I 406/05 du 13 juillet 2006 c. 4.1, les deux avec références citées).

3. a) Dans la décision attaquée, du 2 mars 2009, l'intimé a refusé le droit à une rente d'invalidité, au motif que l'état de santé de la recourante ne s'était pas modifié au point de changer son degré d'invalidité reconnu par décision antérieure.

Dans la décision du 8 juillet 2005, l'OAI a reconnu à la recourante le droit à une rente entière d'invalidité de décembre 2000 à décembre 2001, puis a supprimé cette prestation à compter de janvier 2002. Il s'agissait essentiellement d'un trouble somatoforme persistant sous la forme de polyarthralgies et de rachialgies (rapports du 29 octobre 2001 du Dr T._____ et du 13 novembre 2001 de la Dresse B._____). Le 12 janvier 2004, le SMR a retenu l'atteinte principale de cervico-brachialgies bilatérales et lombo-sciatalgies gauches chroniques, avec troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis, avec une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée.

b) Il faut donc examiner s'il y a eu, depuis cette décision d'octroi de rente limitée dans le temps, une modification des circonstances susceptible de modifier le droit à la rente, soit en l'occurrence une aggravation de l'état de santé comme s'en prévaut la recourante.

Le 20 janvier 2006, la Dresse B._____ a fait état de céphalées, cervicalgies, lombalgies, douleurs dans les chevilles et insomnies. Dans un courrier du 15 avril 2006, la Dresse M._____ a retenu un trouble somatoforme persistant, un trouble de la personnalité borderline, la capacité de travail étant nulle. Le 8 décembre 2006, la Dresse B._____ a retenu que l'assurée souffrait d'un trouble somatoforme, de douleurs persistantes avec un état dépressif chronique et de troubles du sommeil. Le Dr Z._____ a, les 5 septembre et 30 octobre 2006, attesté de plaintes d'un sommeil sur la base d'un examen ambulatoire. Dans un avis médical du 21 février 2007, le médecin du SMR

a indiqué qu'il n'y avait pas d'aggravation de nature à modifier l'exigibilité de 2004. Le 18 avril 2007, il a précisé que l'assurée ne présentait pas de comorbidité psychiatrique ayant valeur d'invalidité.

Le 22 avril 2009, le Dr J._____, après un status neurologique partiel et un EMG, a retenu qu'on retrouvait à nouveau des paramètres neurographiques tout à fait physiologiques. En date du 30 mai 2009, la Dresse M._____ a posé les diagnostics d'anxiété généralisée, de dysthymie et de réaction à des facteurs de stress sévères, signalant que le stress du deuil et les conséquences en résultant semblaient vouer à l'échec toute tentative de reclassement.

Dans un avis médical du 20 juillet 2009, les médecins du SMR ont notamment indiqué que des interventions chirurgicales effectuées au CHUV ne nécessitaient pas plus de trois semaines d'incapacité de travail et que les Drs B._____ et J._____ n'apportaient pas d'élément médical nouveau, de sorte que la preuve d'une aggravation de l'état de santé prolongée n'avait pas été apportée et qu'une expertise psychiatrique n'était pas justifiée. Dans un avis médical du 29 juillet 2009, ces mêmes médecins ont expliqué que la Dresse M._____ faisait état de constatations de peu d'importance, que la description de l'état de santé actuel était superposable à celle relatée en 2001 et 2006, que cette praticienne ne donnait aucun symptôme psychiatrique inquiétant et qu'elle se bornait à faire état de suppositions, de sorte qu'il n'y avait pas d'aggravation prolongée et invalidante.

c) Au vu des rapports médicaux produits par la recourante et des avis médicaux du SMR, il y a lieu de retenir que l'état de santé de l'assurée n'a pas subi de modification notable. En effet, tout d'abord du point de vue somatique, le Dr T._____ n'a pas fait état d'une aggravation par rapport à son appréciation d'octobre 2001, la Dresse B._____ n'a pas apporté d'élément médical réellement nouveau et, pour l'aspect neurologique, le Dr J._____ n'a constaté aucun signe objectif d'aggravation des cervico-brachialgies, comme l'a relevé à juste titre le SMR dans son avis médical du 20 juillet 2009. Dans son courrier du 24

avril 2009, le Dr J._____ n'a en outre pas signalé de détérioration de l'état de santé de sa patiente et son appréciation quant à l'incapacité de travail, dans la mesure où il s'agit du neurologue traitant, doit être appréciée avec les réserves d'usage. S'agissant des interventions chirurgicales mentionnées dans l'avis de sortie du 26 avril 2007 du service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur du CHUV, le SMR a indiqué en substance le 20 juillet 2009 qu'une incapacité de travail pour des activités sédentaires ne pouvait dépasser trois semaines. Par ailleurs, le SMR a précisé en août 2006 que l'opération de hallux valgus aux deux pieds ne revêtait pas un caractère invalidant, s'étant limitée à quelques semaines d'incapacité de travail totale.

Au sujet du courrier du 15 avril 2006 de la Dresse M._____, le SMR a expliqué, de façon convaincante et en se prononçant sur les éléments constatés par le psychiatre traitant, que l'assurée ne présentait pas de comorbidité psychiatrique ayant valeur d'invalidité et que le trouble thymique n'avait pas valeur d'invalidité (avis médicaux des 21 février et 18 avril 2007).

Par la suite, s'agissant des constatations ultérieures de la Dresse M._____ du 30 mai 2009, le SMR a retenu que le psychiatre traitant faisait état de constatations de peu d'importance, ne mentionnait aucun élément ayant valeur d'invalidité, citait les mêmes symptômes que dans ses précédents rapports de 2001 et 2006 et se basait en partie sur des suppositions. En ce sens, l'avis des médecins du SMR emporte la conviction de la Cour de céans. On ajoutera que la Dresse M._____ n'a pas donné de symptômes au sens de la CIM-10 permettant de retenir la présence d'une affection psychique revêtant un caractère invalidant et que son avis, en tant que psychiatre traitant, doit être apprécié avec les réserves d'usage.

Dès lors, les arguments du SMR, résultant d'une analyse fouillée de la situation médicale de l'assurée et répondant à chacun des troubles annoncés par les médecins ayant examiné la recourante, permettent de retenir que l'état de santé de cette dernière ne s'est pas

modifié depuis la décision du 8 juillet 2005 au point de modifier le droit à la rente. Lorsque la recourante soutient qu'elle n'a pas été examinée personnellement par les médecins du SMR dans le cadre de la procédure de révision, on relèvera que la jurisprudence n'exige pas obligatoirement la réalisation d'un examen personnel de l'assuré pour admettre la valeur probante d'un document médical dès lors que le dossier sur lequel se fonde un tel document contient suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen concret (TF 9C_794/2008 du 21 août 2009 c. 2.3, TFA U 492/00 du 31 juillet 2001). En d'autres termes, l'absence d'un examen personnel effectué par le SMR ne permet pas en soi de douter de son appréciation, pour autant qu'il se base sur les observations médicales d'autres médecins (en ce sens: TF 8C_180/2009 du 8 décembre 2009 c. 8.3). Dans ces conditions, contrairement à ce qu'allègue la recourante, on ne saurait dire que la décision attaquée consacre une violation de l'interdiction de l'arbitraire (sur cette notion: ATF 134 V 53 c. 4.3, TF 9C_575/2010 du 18 novembre 2010 c. 1 et les arrêts cités).

Au vu de ce qui précède, les conditions d'une révision du droit à la rente d'invalidité (art. 17 LPGA) ne sont pas réunies. Partant, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. La cause étant suffisamment instruite pour être jugée, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de la recourante tendant à un complément d'instruction sur le plan médical.

4. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, les frais de procédure doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe.

La recourante a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération de l'avance de frais ainsi que la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Fontana à compter du 6 avril 2009 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. a et c CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est en l'occurrence le cas, les frais judiciaires sont à la charge du canton (art. 122 al. 1 let. b CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD) et le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office. Celui-ci a produit la liste de ses opérations, laquelle a été contrôlée et arrêtée à 1'521 fr., débours en sus par 100 fr., soit au total 1'621 fr., TVA incluse. Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue d'en rembourser le montant dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 CPC). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile, RSV 211.02.3]) en tenant compte des montants payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

b) Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGGA).

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

I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 2 mars 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de la recourante R._____.
- IV. L'indemnité du défenseur d'office Véronique Fontana est fixée à 1'621 fr. (mille six cent vingt-et-un francs), TVA comprise.
- V. 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 Véronique Fontana, avocate à Lausanne (pour R._____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

Cette décision est communiquée, par courrier électronique, au Service juridique et législatif

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours

constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :