

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 mars 2012

Présidence de M. NEU
Juges : Mmes Thalmann et Pasche
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

M. _____, à Lausanne, recourante,

et

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

Art. 87 al. 3 et 4 RAI

E n f a i t :

A. M. _____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1958, ressortissante d'ex-Yougoslavie en Suisse depuis 1991, femme au foyer, a déposé une première demande de prestations AI le 10 avril 2002 tendant à l'octroi d'une rente en raison de multiples problèmes de santé.

Par décision du 29 décembre 2004, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) a rejeté cette demande au motif que l'intéressée ne présentait pas d'atteinte à la santé du point de vue somatique, sa capacité de travail raisonnablement exigible étant de 100%, tant dans une activité lucrative qu'en tant que femme au foyer, ceci sous réserve de certaines limitations fonctionnelles sans incidence sur l'exercice d'activités ne demandant pas de qualifications professionnelles particulières (alternance des positions assise-debout, pas de port de charges et pas de travaux des bras au-dessus de l'horizontale). En présence du diagnostic de troubles somatoformes, un examen psychiatrique a été effectué le 3 décembre 2004 au Service médical régional AI (ci-après: SMR), lequel n'a pas retenu d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique.

Le 31 janvier 2005, l'assurée s'est opposée à la décision de refus précitée en demandant la révision de son cas. Elle a fait valoir une aggravation de son état de santé à compter du second trimestre de 2004, produisant un certificat médical du 28 janvier 2005 du Dr F. _____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant, attestant une inaptitude totale au travail.

Invitée par l'OAI à fournir un certificat médical détaillé attestant de l'aggravation de son état de santé, l'assurée a produit un certificat du 24 octobre 2005 de son médecin traitant, auquel étaient annexés d'autres rapports. Dans ce certificat, le Dr F. _____ a attesté que l'état de santé de sa patiente n'avait cessé de se dégrader dès la moitié de l'année 2004. Sur le plan orthopédique, il a précisé avoir déjà

rendu compte de panrachialgies chroniques réfractaires à tout traitement s'accompagnant de lombosciatalgies droites récidivantes dans un contexte de troubles dégénératifs, de la statique dorso-lombaire et séquelles de maladie de Scheuermann, de douleurs polyarticulaires dans le cadre d'un syndrome somatoforme généralisé persistant et d'une obésité morbide. Il a indiqué qu'en juillet 2004, à l'occasion d'un faux mouvement, une extension de la colonne lombaire avait entraîné l'apparition de lombosciatalgies gauches sous forme de douleurs irradiant sur la face latérale de la cuisse gauche s'accompagnant de paresthésie et hypoesthésie au niveau de la malléole gauche ainsi que du dos du pied. Il signalait également un lâchage du membre inférieur gauche. Une IRM lombaire du 30 juillet 2004 avait mis en évidence entre autre une hernie discale L4-L5 paramédiane gauche luxée vers le bas susceptible d'entrer en conflit avec l'émergence de la racine L5 gauche dans le recessus. Ce status avait été confirmé lors d'une consultation neurochirurgicale du 25 octobre 2004. Il a constaté des lombalgies chroniques accompagnées de lombosciatalgies gauches à répétition, réfractaires à tout traitement. Il existait une contre-indication au traitement chirurgical. Le médecin traitant a encore précisé que l'état de santé de l'assurée s'était progressivement péjoré au niveau digestif, s'agissant notamment d'un tableau de "gaz bloot syndrome" persistant accentué probablement par une polydipsie préexistante sur potomanie (incontrôlable).

Dans un avis médical SMR du 26 janvier 2006, la Dresse T._____ s'est déterminée en ces termes sur le certificat médical du 24 octobre 2005 précité:

"[...]

Cette assurée ne présente donc aucune pathologie d'une gravité suffisante pour entraîner une quelconque incapacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles sur le plan somatique comme relevé dans le rapport d'examen SMR du 23.12.2004.

Les manifestations douloureuses décrites par le médecin traitant comme étant totalement invalidantes, y compris l'activité de ménagère, ne sont en fait que des manifestations d'un syndrome de douleurs chroniques qui, comme nous l'avons démontré après un examen clinique psychiatrique au SMR, n'est pas invalidant, puisque le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant n'a pas pu être posé.

Dès lors, sur le plan somatique, nous pouvons retenir que cette assurée présente tantôt des lombosciatalgies droites chroniques et/ou des lombosciataglies gauches chroniques associées à des cervico-brachialgies droites et une périarthrite scapulo humérale (PSH) droite s'inscrivant dans le cadre de douleurs chroniques liées à des troubles dégénératifs et statiques modérés. Dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles, décrites dans le rapport SMR du 23.12.2004, l'assurée a une capacité de travail entière. Son statut étant 100% active, toute activité adaptée peut être exercée par l'assurée. L'absence de formation, les problèmes d'intégration, les problèmes de langue n'étant pas des facteurs médicaux, ceux-ci ne sont pas à la charge de l'AI. Nous ne pouvons retenir une aggravation objective de l'atteinte à la santé de cette assurée, qui ne présente en fait qu'une aggravation subjective sans substrat organique de ses douleurs chroniques."

Par décision sur opposition du 20 avril 2006, l'OAI a rejeté l'opposition de son assurée et confirmé la décision querellée du 29 décembre 2004. Fondant son appréciation médicale sur l'analyse effectuée par le SMR, il a considéré qu'il n'y avait eu aucune aggravation objective de l'état de santé de l'assurée au cours des dernières années. Ainsi, du point de vue médical, une capacité de travail totale était raisonnablement exigible dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, à savoir sans port de charges ni travaux des bras au-dessus de l'horizontale et permettant l'alternance des positions assise/debout. Après comparaison des revenus avec et sans invalidité, en tenant compte d'un abattement de 10% en regard de l'entier des limitations fonctionnelles, le degré d'invalidité s'élevait à 10%, soit à un taux inférieur à 40%, n'ouvrant ainsi pas de droit à une rente. Cette décision est entrée en force.

B. Le 17 novembre 2006, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une rente. Elle y précisait que son médecin traitant adresserait un rapport médical détaillé sur l'état de sa santé, qui se serait péjoré de manière conséquente, notamment à la suite de deux nouvelles opérations et de la découverte de nouvelles maladies.

Après avoir examiné les pièces médicales produites par le médecin traitant F. _____ le 20 décembre 2006, lequel attestait à cette occasion ne pas avoir constaté d'amélioration significative, l'OAI a, par

décision du 19 février 2007, refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations. Il a retenu que l'assurée n'avait fait valoir aucun fait nouveau, respectivement que son état de santé était stationnaire, sans aggravation objective de l'état de santé ni de nouvelle atteinte. Cette décision est entrée en force.

C. Le 20 juin 2007, l'assurée a déposé une troisième demande de prestations tendant à nouveau à l'octroi d'une rente.

Dans un certificat médical du 8 août 2007, le Dr F. _____ a notamment relevé ce qui suit sur l'état de santé de sa patiente:

"Objectivement, il suffit de prendre en considération la péjoration graduelle, durant ces dernières années des limitations fonctionnelles physiques chez Madame M. _____. Elles sont en majorité engendrées par cette problématique orthopédique et rhumatismale de plus en plus réfractaire au traitement conservateur classique. Les antalgiques jusqu'au 2^{ème} pallier selon l'OMS et les thérapies de médecine physique sont sans effet.

Les opiacés qui initialement aidaient partiellement la patiente, ont été définitivement abandonnés à cause de multiples effets secondaires intolérables. On se demande jusqu'à quand on pourrait donc avoir recours à la médecine spécialisée de la douleur pour des infiltrations locales et ciblées à la demande. Traitement jugé par ailleurs très onéreux.

Les handicaps fonctionnels physiques en cause touchent à la fois les positions assise, debout et en porte-à-faux qui sont très limitées dans le temps voire même interdite pour ce qui concerne la position en porte-à-faux. Une alternance rapide de ces positions est obligatoire. Même la position couchée n'est pas épargnée. [...] Les mouvements de flexion et de rotation du buste sont prohibés. Ainsi, elle ne peut plus lever, porter ou déplacer des charges dont le poids est égal ou supérieur à 10 kg. Elle a des difficultés de déplacement sur sol irrégulier ou en pente. D'autre part, à cause des séquelles d'instabilité au terme de sa lourde prise en charge chirurgicale ORL de l'oreille droite [...], il va de soi qu'un travail en hauteur ou sur une échelle est absolument contre-indiqué. Enfin, le fonctionnement intellectuel de Madame M. _____ bien que normal, ne lui permet pas, non seulement à cause du barrage linguistique mais aussi du déficit d'instruction, de chercher une activité légère dans un domaine exigeant un minimum de capacité intellectuelle.

Cette liste des handicaps n'est pas exhaustive car j'ai mis délibérément à l'écart l'inconfort digestif chronique en relation avec toute problématique digestive, tant de médecine interne que post-chirurgical.

Tout compte fait, j'estime à mon sens que l'ensemble de ces handicaps fonctionnels qui se sont progressivement installés toutes ces années, aujourd'hui répertoriés chez Madame M. _____ est un fait qui permet sans équivoque d'établir de façon plausible que

l'invalidité ou l'impotence de Madame s'est bel et bien modifié de manière manifeste durant toutes ces années. [...]"

Sur avis médical du SMR du 1^{er} octobre 2007, l'OAI a fait procéder à une expertise au centre d'expertise médicale COMAI de [...] afin de faire le point sur la situation médicale de l'assurée et de recenser les limitations fonctionnelles dont il fallait tenir compte. Dans un rapport d'expertise interdisciplinaire du 28 mars 2008, les Drs X._____, D._____, A._____ et V._____, ont apprécié comme il suit le cas de l'assurée:

"A.4 Diagnostics

A.4.1 avec répercussion sur la capacité de travail

- Troubles dégénératifs lombaires (M 47.8).
- Périarthrite scapulo-humérale de l'épaule droite (M 75.0).

A.4.2 sans répercussion sur la capacité de travail

- Trouble somatoforme indifférencié (F 45.1).
- Hypoacousie résiduelle après multiples interventions de l'oreille droite (H 95.9).
- Obésité sévère (E 66.0).
- Syndrome métabolique.
- Stéatose hépatique (K 76.0).
- Potomanie d'origine psychogène (K 63.1).
- Troubles dégénératifs cervicaux (M 47.8).
- Facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des maladies ou des troubles classés ailleurs (F 54).

A.5 APPRECIATION DU CAS ET PRONOSTIC

Madame M._____ est une assurée d'origine Serbe, en Suisse depuis 1991. Entre 1994 et 1997, elle a subi de nombreuses interventions ORL en raison d'un choléstéatome. Elle a subi une cholécystectomie en 1995 et présenté par la suite une pancréatite aigue. Une cure de hernie hiatale en 2001 a été reprise chirurgicalement en 2002. Depuis 2001, l'assurée souffre de lombosciatalgies droites. En 2004, elle a été hospitalisée pour une lombo sciatalgie gauche. Par la suite elle a bénéficié de la pose d'un simulateur médullaire qui a dû être enlevé peu après en raison d'une infection.

L'assurée se plaint de douleurs abdominales chroniques, de douleurs articulaires multiples, des cervicalgies, des douleurs de l'épaule droite, des lombosciatalgies droites chroniques, des gonalgies mécaniques et des podalgies.

Au status l'assurée est obèse, cohérente et orientée. Elle ne présente pas de signe d'insuffisance cardiaque. Madame M._____ présente une mobilité normale des épaules, des hanches et des genoux. La mobilité cervicale est normale, la mobilité lombaire est légèrement diminuée. Il n'y a pas de trouble neurologique significatif objectivé.

Les analyses sanguines montrent un diabète bien contrôlé, une formule sanguine complète normale, une vitesse de sédimentation

entre 30 et 45 mm. Ces analyses sanguines sont comparables à celles de 2005.

Les radiographies de décembre 2007 ne montrent pas de discopathie lombaire significative, mais des discrets troubles dégénératifs des genoux et de la colonne cervicale.

L'assurée présente des douleurs abdominales chroniques depuis 1995. Des scanners abdominaux ont été effectués en 2000, 2003, 2006. Ces examens montrent des nodules surrenaliens bilatéraux stables et une hépatomégalie. Un test respiratoire n'a pas permis d'objectiver une intolérance au lactose. Une colonoscopie en 2004 et une gastroscopie en 2002 ne montrent pas d'anomalie notable. Des épigastralgies persistent malgré une cure chirurgicale de hernie hiatale. Au total, nous ne trouvons pas de substrat anatomique pour les différentes plaintes que présente l'assurée (épigastralgies, ballonnements, douleurs abdominales). Le caractère de ces plaintes évoque des troubles digestifs d'origine fonctionnelle. Nous ne retenons pas de limitation liée à ces plaintes.

Sur le plan ostéo-articulaire, l'assurée présente des plaintes multiples. Cependant l'examen ne montre aucun signe d'atteinte inflammatoire et la mobilité globale est conservée. L'obésité contribue certainement à une plus grande difficulté de mouvement. Il est exigible de la part de l'assurée qu'elle perde du poids et qu'elle participe à un programme d'entraînement musculaire, comme déjà conseillé par les différents médecins consultés précédemment.

L'épaule droite présente une périarthrite scapulo-humérale de longue date, ce qui explique l'augmentation des douleurs lors de travaux au-dessus de la ligne des épaules. La colonne cervicale ne présente que des troubles dégénératifs légers, sans atteinte de la mobilité. La colonne lombaire présente des troubles dégénératifs modérés avec une atteinte modérée de la mobilité et pouvant expliquer la nécessité de changer de position. L'atteinte articulaire des genoux est minime, la surcharge de ces articulations provient essentiellement de l'obésité.

Malgré les différentes plaintes de type neurologique (paresthésie, lâchage), nous n'avons pas objectivé de déficit neurologique.

Madame M. _____ a été opérée à plusieurs reprises de l'oreille droite. Elle présente une légère surdité de transmission à gauche et une surdité mixte à droite. Il n'y a pas de limitation pour une conversation normale. Elle doit éviter les environnements bruyants. La potomanie de Madame M. _____ a été investiguée et les examens ont permis d'exclure un diabète insipide. L'assurée présente une hyperprolactinémie d'origine indéterminée. Une IRM cérébrale a permis d'exclure un adénome de l'hypophyse. Nous rappelons que la prise chronique de Motilium (dompéridone) peut induire une hyperprolactinémie. L'assurée présente des nodules surrenaliens stables, non fonctionnels. Le diabète est bien contrôlé, la potomanie est d'origine psychogène. Les troubles endocriniens ne représentent pas de limitation professionnelle.

L'assurée a été investiguée sur le plan cardiovasculaire. L'ergométrie du 24.08.2006 montre l'absence d'éléments ischémiques, et une mauvaise tolérance à l'effort à cause du manque d'entraînement.

Nous constatons chez cette assurée une multiplicité des plaintes somatiques qui n'ont pas de corrélation anatomo-clinique, une discordance qui a déjà été constatée par d'autres médecins et qui fait suspecter une origine non organique. Cependant Madame M. _____ n'est pas uniquement centrée sur la douleur et présente

de multiples plaintes sans lien entre elles, c'est pourquoi notre expert psychiatre retient le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié. Il n'y a pas d'autre psychopathologie. Madame M. _____ garde des ressources propres et une bonne intégration socio-familiale.

En conclusion, Madame M. _____ se plaint d'une péjoration de ses symptômes par rapport à 2004. Nous n'avons pas objectivé de péjoration significative de l'état de santé. Les limitations fonctionnelles restent les mêmes que celles déjà décrites en 2004 (alternance des positions, pas de port de charges, pas de travaux des bras au-dessus de l'horizontale).

B. Influences sur la capacité de travail

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

Au plan physique: en raison de troubles dégénératifs lombaires, l'assurée n'est pas apte à porter des charges au-delà de 10 kilos. Elle doit éviter les positions en porte-à-faux, penchée en avant. En raison d'une périarthrite scapulo-humérale droite, l'assurée doit éviter les mouvements répétitifs du membre supérieur droit et les mouvements au-dessus de l'horizontale. En raison d'une hypoacousie à droite, l'assurée doit éviter de travailler dans un environnement bruyant.

Au plan psychique et mental: pas de limitation.

Au plan social: pas de limitation.

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

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

La seule activité que l'assurée a exercée jusqu'ici est celle de femme au foyer dans laquelle l'assurée est limitée en ce qui concerne le port de charges et certaines activités comme passer l'aspirateur (position en porte-à-faux).

B.2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

L'assurée reste apte à faire la plupart des travaux ménagers, en ayant un rendement légèrement diminué. Elle doit par exemple faire de fréquentes pauses lorsqu'elle effectue le repassage (périarthrite de l'épaule droite).

B.2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour)?

Oui. A temps complet.

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

Oui. Diminution du rendement de 10%.

B.2.5 Depuis quand, du point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail d'au moins 20%?

Elle n'a jamais eu une incapacité de travail durable dépassant ce seuil.

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

Caduque.

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

Oui.

[...]

D. Remarques/questions supplémentaires

Dans notre évaluation, nous avons considéré l'activité de ménagère comme femme au foyer c'est-à-dire dans son propre foyer. Cette

activité est exigible avec un rendement légèrement diminué, pour lui permettre des pauses supplémentaires. Toutefois, nous estimons qu'une activité de femme de ménage dans le circuit économique actuel n'est pas envisageable. En effet, l'assurée a trop de limitations pour lui permettre d'envisager cette activité dans un but rémunérateur"

Un avis médical SMR du 23 avril 2008 établi par le Dr H._____ a conclu à l'absence de pathologies invalidantes sur le plan psychiatrique. Sur le plan somatique, les diagnostics posés (troubles dégénératifs lombaires et périarthrite scapulo-humérale de l'épaule droite) étaient identiques à ceux déjà retenus en décembre 2004. Les limitations fonctionnelles n'influençaient pas la capacité de travail dans une activité adaptée, de sorte que l'activité de femme au foyer était entièrement exigible avec une légère baisse de rendement de 10% susceptible d'être améliorée par une perte de poids et un reconditionnement musculaire. Au final, l'expertise en question n'avait mis en évidence aucune aggravation de l'état de santé de l'assurée.

Par projet de décision du 23 juillet 2008 puis par décision du 10 novembre 2008, l'OAI a rejeté la troisième demande de prestations de l'assurée. Il a considéré que les renseignements médicaux en sa possession, tant sur le plan psychiatrique que sur le plan somatique, rendaient compte d'une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, l'activité de femme au foyer étant également pleinement exigible. Cette décision est entrée en force.

D. Le 15 juin 2009, l'assurée a complété le document intitulé "Questionnaire à remplir en vue d'un nouvel examen du droit aux prestations de l'assurance-invalidité" en demandant l'octroi de mesures professionnelles et/ou d'une rente. Elle a produit un rapport médical du 15 juillet 2009 du Dr P._____, spécialiste en médecine générale, retenant les diagnostics primaires de cervicalgies et lombalgies basses chroniques, fibromyalgie, obésité morbide et angor typique ainsi que ceux secondaires d'hypertension artérielle (HTA), de sédentarité et de diabète de type II non insulino-requérant. Il a indiqué une aggravation des lombalgies et cervicalgies, de l'obésité (prise de poids constante) ainsi que de

fréquentes crises type angor. Il évaluait le degré d'incapacité de travail à 100% au vu de l'âge, de la formation, de l'obésité et des allergies. Il a par ailleurs précisé qu'une infiltration de cortisone para-lombaire pratiquée en juin 2009 n'avait eu que peu d'effets.

Dans un avis médical SMR du 10 août 2009, le Dr H. _____ était d'avis que le rapport médical du Dr P. _____ n'apportait aucun élément nouveau de sorte qu'il n'y avait donc pas lieu d'entrer en matière. Ainsi, par projet de décision du 12 août 2009, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de son assurée, estimant qu'il n'avait pas été rendu vraisemblable que l'état de fait s'était modifié de manière essentielle depuis la décision de rejet de la précédente demande rendue le 10 novembre 2008.

Le 11 septembre 2009, l'OAI a transmis une copie de son dossier à l'assurée en lui accordant un délai de trente jours pour lui faire part de ses déterminations sur le projet précité.

Dans une lettre adressée le 11 septembre 2009 à l'OAI, le Dr P. _____ a fait savoir que l'assurée ne trouvait que peu de soulagement dans la médication et les traitements (infiltration à la cortisone pour l'exemple), qu'elle souffrait également de problèmes liés à l'obésité et d'intégration. Sur le plan psychologique, elle développait un état dépressif.

Par décision du 16 février 2010, l'OAI a intégralement confirmé son projet de refus d'entrer en matière rendu le 12 août 2009. Dans un courrier d'accompagnement du même jour, l'OAI a relevé que le courrier du 11 septembre 2009 du Dr P. _____ était plus de nature à contester sa précédente décision de refus du 10 novembre 2008 qu'à remettre en cause le bien-fondé de sa décision de refus d'entrée en matière sur la nouvelle demande du 15 juin 2009.

E. Par acte du 8 mars 2010, M. _____ a recouru contre la décision de refus d'entrer en matière rendue le 16 février 2010, concluant

à l'octroi d'une rente entière d'invalidité ainsi qu'à des mesures d'ordre professionnel.

Dans sa réponse du 23 mars 2010, l'intimé conclut au rejet du recours.

Le 3 mai 2010, la recourante a produit les documents médicaux suivants:

- Une scintigraphie osseuse trois phases du 1^{er} avril 2010 du Dr R._____, radiologue, au regard de laquelle ce médecin constate l'absence d'argument pour d'éventuels troubles dégénératifs excepté peut-être aux genoux et aux chevilles, mettant en évidence un foyer sur l'articulation sacro-iliaque droit pouvant traduire des signes de sacro-iliite, ainsi qu'une hyperfixation précoce et tardive sur les inter-phalangiennes proximales de certains rayons des deux mains pouvant traduire des signes de PR débutante.

- Un rapport médical du 16 mars 2010 établi par le Dr P._____, lequel reprend les diagnostics et degré d'incapacité ressortant du précédent rapport du 15 juillet 2009, le pronostic restant réservé.

- Un bilan radiographique des sacro-iliaques du 20 avril 2010 du Dr N._____ mettant en évidence des altérations des articulations sacro-iliaques de ces vertèbres, avec un remaniement dégénératif, sans signe de sacro-iliite.

- Un rapport du 28 avril 2010 de la Dresse W._____, psychiatre, qui pose le diagnostic d'épisode dépressif moyen chronique avec syndrome somatique (F 32.11). Un traitement intégré comportant des entretiens de soutien mensuels ainsi que des médicaments psychotropes est décrit. Ce médecin traitant évalue une incapacité de travail totale de l'assurée, le pronostic étant réservé.

- Une lettre adressée le 30 avril 2010 à la recourante par le Dr Q._____, spécialiste en rhumatologie, dont il ressort que le choix du diagnostic reste

ouvert, entre une polyarthrose et une éventuelle oligoarthritis inflammatoire. Ce spécialiste précise que des investigations complémentaires s'avèreraient nécessaires si l'évolution n'était pas favorable à plus ou moins long terme.

Le 17 mai 2010, l'intimé a considéré qu'il n'y avait pas lieu de prendre en compte les nouvelles pièces produites par la recourante en cours de procédure de recours et a confirmé les termes de la décision attaquée rendue le 16 février 2010.

Par courrier du 9 août 2010, la recourante a maintenu son recours en faisant valoir que ses nombreux problèmes de santé l'empêchent d'exercer une quelconque activité.

E n d r o i t :

1. Dans le domaine des assurances sociales, en vertu de l'art. 56 LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, RS 830.1), les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours. En matière d'assurance-invalidité, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 69 al. 1 let. a LAI [loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, RS 831.20]); il n'y a donc pas de procédure d'opposition. La décision attaquée est sujette à recours, au sens de l'art. 56 LPGA. Le recours a été formé en temps utile (cf. art. 60 LPGA), dans le respect des formes légales prescrites (art. 61 let. b LPGA) de sorte qu'il est recevable.

2. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) Toute invalidité n'ouvre pas nécessairement le droit à une rente; selon l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2008), l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à un trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (cet échelonnement correspond par ailleurs à celui figurant à l'ancien art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007).

c) Conformément à l'art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI, RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 4 RAI prévoit que 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. L'exigence ressortant de l'art. 87 al. 3 RAI doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3, 117 V 198 consid. 4b et 109 V 108 consid. 2a; TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009, consid. 1.2). 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. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref (ATF 109 V 108 consid. 2b).

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 193 consid. 2, 122 V 157 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 2007; actuellement, voir l'art. 43 al. 3 LPG) — qui permet aux organes de l'assurance-invalidité 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. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, RS 101]). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence sont modifiées, 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 à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; TF 9C_708/2007 du 11 septembre 2008, consid. 2.3; TFA I 52/2003 du 16 janvier 2004, consid. 2.2 et I 67/2002 du 2 décembre 2002, consid. 4).

3. a) L'assurée a produit, en cours de procédure administrative, un rapport du Dr P. _____ du 15 juillet 2009 qui fait état d'une

aggravation des lombalgies, des cervicalgies et de l'obésité, ainsi que de fréquentes crises type angor. Il y est également indiqué qu'une infiltration de cortisone para-lombaire datant de juin 2009 n'avait eu que peu d'effets. Le 11 septembre 2009, le Dr P. _____ a précisé que sa patiente ne trouvait pas de soulagement à ses douleurs dans la médication et dans les traitements prodigués. Dans le cadre de la présente procédure, la recourante a encore produit divers documents médicaux tendant à démontrer que son état de santé se serait aggravé de manière essentielle depuis la précédente décision de refus du 10 novembre 2008, de sorte qu'il serait propre à influencer le degré d'invalidité et donc le droit à la rente.

Pour sa part, l'office intimé considère qu'à l'occasion de sa quatrième demande du 15 juin 2009, la recourante n'est pas parvenue à rendre plausible une aggravation ou une nouvelle atteinte à la santé susceptible d'influencer ses droits. Il estime par conséquent que c'est à raison qu'il a refusé d'entrer en matière sur cette nouvelle demande. Dans le courrier joint à la décision litigieuse, l'intimé - reprenant en ce sens la teneur de l'avis SMR du 10 août 2009 - relève que l'appréciation du Dr P. _____ émise le 11 septembre 2009 tend plus à contester sa décision de refus de prestations du 10 novembre 2008 qu'à rediscuter le bien-fondé de la décision critiquée de refus d'entrer en matière. Il ne rendrait pas vraisemblable que les conditions de fait se seraient modifiées de manière essentielle depuis le 10 novembre 2008, les éléments médicaux avancés par ce médecin traitant étant déjà connus. S'agissant des pièces médicales produites dans le cadre de la procédure de recours, l'intimé estime qu'elles ont toutes trait à des éléments postérieurs à la décision litigieuse, de sorte qu'il n'y a pas lieu de les prendre en compte.

b) On ne saurait reprocher à l'office intimé un manque d'instruction sur le plan médical, à l'annonce des avis attestant d'un état de santé préoccupant. En effet, suite au dépôt de la troisième demande de prestations appuyée par le certificat du médecin traitant F. _____ du 8 août 2007, l'OAI a décidé, à juste titre, de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire, en l'occurrence confiée au COMAI de [...]. Le rapport de

ce centre du 28 mars 2008, clair et complet, opère ainsi une synthèse précise autant que nécessaire de l'évolution des pathologies présentées par l'intéressée. Ainsi, sur le plan somatique, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de troubles dégénératifs lombaires (M 47.8) et périarthrite scapulo-humérale de l'épaule droite (M 75.0) ont été posés. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, une hypoacousie résiduelle après multiples interventions de l'oreille droite (H 95.9), une obésité sévère (E 66.0), un syndrome métabolique, une stéatose hépatique (K 76.0), une potomanie d'origine psychogène (K 63.1) et des troubles dégénératifs cervicaux (M 47.8) ont été retenus. Dans leur appréciation du cas, les spécialistes du COMAI concluent que, nonobstant l'affirmation d'une aggravation des symptômes, il n'a pas été objectivé de péjoration significative de l'état de santé, les limitations fonctionnelles restant identiques à celles déjà décrites en 2004 (alternance des positions, pas de port de charges, pas de travaux les bras au-dessus de l'horizontale). Ainsi, sur cette base clinique, la recourante n'est pas apte à porter des charges supérieures à 10 kg, elle doit éviter les positions en porte-à-faux, penchée en avant et en raison d'une périarthrite scapulo-humérale droite, éviter les mouvements répétitifs du membre supérieur droit et les mouvements au-dessus de l'horizontale. Une hypoacousie à droite a pour incidence de devoir éviter de travailler dans un environnement bruyant. Au regard de l'ensemble de ses affections, la recourante reste apte à exercer une activité de ménagère et de femme au foyer, ceci avec un rendement diminué de 10% permettant des pauses supplémentaires.

Cela étant, le Dr P._____ ne retient pas d'éléments au plan somatique dans son rapport médical du 15 juillet 2009 qui n'étaient pas connus de l'OAI lorsqu'il a rendu sa décision de refus de prestations le 10 novembre 2008. Il en va ainsi des diagnostics de cervicalgies et lombalgies basses chroniques et d'obésité morbide pour lesquels le médecin traitant indique une aggravation. A ces affections, le Dr P._____ ajoute la survenance de fréquentes crises type angor. De telles crises sont cependant induites et favorisées par le diabète de type II non insulino-requérant ainsi que l'obésité morbide présents chez la recourante,

diagnostics déjà connus par l'office intimé au début 2008 à réception du rapport d'expertise du COMAI. Dans ces circonstances, à défaut pour le Dr P._____ de rendre compte d'éléments médicaux objectivant les aggravations annoncées, l'on ne peut conférer aux affirmations de ce médecin la valeur qu'il entend en déduire en procédure de révision. Ce constat vaut d'autant que dans son appréciation de l'incapacité de travail de sa patiente, il intègre l'âge et le manque de qualifications professionnelles de l'assurée, lesquels ne constituent pas des facteurs liés à l'invalidité, de sorte que l'on ne doit pas en tenir compte dans l'évaluation de celle-ci (ATF 107 V 17 consid. 2c; RCC 1991 p. 329 consid. 3c; TF 9C_382/2007 du 13 novembre 2007). De même, lorsqu'il explique, le 11 septembre 2009, que la recourante ne trouve pas de soulagement à ses douleurs en insistant sur les problèmes d'intégration et d'obésité qu'elle connaît, le Dr P._____ ne fait valoir aucune aggravation de l'état de santé sur le plan médical. On relèvera du reste, s'agissant de l'obésité, que les médecins du COMAI ont estimé qu'il pouvait être exigé de l'intéressée qu'elle perde du poids en participant à un programme de reconditionnement musculaire. Quant aux problèmes d'intégration, il convient de rappeler que les facteurs psychosociaux et socioculturels ne sont pas invalidants en eux-mêmes et ne doivent être pris en compte que lorsqu'ils exacerbent les effets d'une pathologie avérée (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine; VSI 2000 p. 155 consid. 3; TFA I_129/02 du 29 janvier 2003, consid. 3.2). Or tel n'est pas le cas en l'espèce, les problèmes d'intégration étant énoncés pour eux-mêmes par le médecin traitant.

Les pièces médicales produites le 3 mai 2010 par la recourante dans le cadre de la procédure de recours ne peuvent être prises en considération, dite procédure portant uniquement sur le point de savoir si la recourante avait rendu plausible, devant l'office intimé, une péjoration de son état de santé depuis la décision de refus de rente rendue le 10 novembre 2008 reposant sur état matériel du droit à la rente.

c) Sur le plan psychiatrique, on observe que les experts du COMAI ont posé, le 28 mars 2008, les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de trouble somatoforme indifférencié (F 45.1) et de

facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des maladies ou des troubles classés ailleurs (F 54). Ils expliquent à cet égard que la recourante n'est pas uniquement centrée sur la douleur et présente de multiples plaintes sans lien entre elles, d'où le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié.

Le 11 septembre 2009, le Dr P._____ mentionne que la recourante développe un état dépressif. Ce dernier point de vue pourrait laisser penser que l'épisode dépressif mis en évidence était présent depuis le mois de septembre 2009.

Cela étant, on observe au vu des diagnostics posés par les experts du COMAI que le trouble somatoforme indifférencié (F 45.1) se rapporte aux plaintes centrées sur la douleur ressentie, quant au diagnostic de facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des maladies ou des troubles classés ailleurs (F 54), il se rapporte aux autres plaintes formulées. La classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la Santé (CIM-10) précise notamment en relation avec le diagnostic de facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des maladies ou des troubles classés ailleurs (F 54), que les perturbations psychologiques attribuables à ces facteurs sont habituellement légères mais souvent persistantes. Dans ces conditions, on doit admettre que l'avis du Dr P._____ procède d'une appréciation divergente d'une situation médicale identique à celle observée en son temps par les experts du COMAI. Dès lors qu'il n'y a pas à remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration pour procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/2006 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1 in SVR 2008 IV n°15 p. 43), il convient de retenir que sur le plan psychiatrique, la recourante échoue à démontrer une aggravation de son invalidité, à tout le moins dans une mesure propre à influencer ses droits depuis la décision de refus d'entrer en matière du 10 novembre 2008.

d) C'est au final à bon droit que l'Office AI a refusé d'entrer en matière sur la quatrième demande déposée le 15 juin 2009.

4. Il s'ensuit que, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée 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 (art. 69 al. 1bis LAI). Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. à la charge de la recourante, déboutée (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Vu l'issue du litige, la recourante, qui a par ailleurs procédé sans les services d'un avocat, ne peut prétendre à des dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision de refus d'entrer en matière rendue le 16 février 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de la recourante M._____.
- 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 :

- M. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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 :