

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 juillet 2011

Présidence de M. JOMINI
Juges : M. Monod et Mme Moyard, assesseurs
Greffière: Mme Berberat

Cause pendante entre :

Q._____, à Vevey, recourante,

et

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

Art. 4 et 28 LAI, 17 LPGA

E n f a i t :

A. a) Q._____, née en 1967, a travaillé en qualité d'employée de maison, sommelière, ouvrière et en dernier lieu comme femme de ménage à 100 % auprès du [...] à [...] dans le cadre d'un contrat de durée déterminée (du 4 février au 20 juin 2002). Le 4 mars 2002, la prénommée, droitrière, a reçu une porte sur les doigts de la main droite. Son cas a été pris en charge par la B._____ Assurances. Depuis cet événement, l'assurée a cessé définitivement toute activité lucrative, sollicitant dès le 1^{er} janvier 2003 des prestations de l'assurance-chômage à 50 %, compte tenu de la reconnaissance d'une capacité de travail à 50 %. En effet, dans un rapport du 29 avril 2003, le Dr J._____, spécialiste FMH en chirurgie plastique et reconstructive, chirurgie de la main, a indiqué ce qui suit à l'intention de la B._____ Assurances:

" Je vous rappelle qu'il s'agissait d'un traumatisme banal sous forme d'une contusion de la main droite, n'ayant entraîné aucune fracture. La patiente avait alors bénéficié d'une simple immobilisation, puis d'une mobilisation active, entravée par des troubles trophiques, une allodynie, ayant motivé un traitement précoce et ergothérapeutique et médicamenteux afin de prévenir et traiter au mieux une dystrophie algique. L'évolution a été caractérisée par des troubles trophiques mineurs et des troubles fonctionnels un peu plus importants.

On se trouve maintenant à un stade séquellaire d'une algodystrophie post-traumatique atypique. La patiente est à présent au bénéfice d'une capacité de travail de 50 % depuis le 1^{er} janvier 2003. Au chômage actuellement, celle-ci fait péniblement les tâches ménagères, les manœuvres répétitives, les efforts en torsion des doigts en force ".

Le 29 septembre 2003, l'intéressée a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) tendant à l'octroi d'une rente en raison de l'impossibilité d'utiliser la main et le bras droits. Le 8 octobre 2003, elle a rempli un complément à sa demande en déclarant qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à 100 % en qualité de femme de ménage par nécessité financière (formulaire 531 bis).

Dans un rapport médical du 16 octobre 2003, le Dr N._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychiatre traitant de l'assurée, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée de trouble dépressif majeur d'intensité modéré et de trouble somatoforme douloureux existant depuis la mi-mai 2002 et a attesté une totale incapacité de travail dès le 14 octobre 2003. Il a précisé que l'assurée, sans antécédents psychiatriques, l'avait consulté dès le 26 septembre 2003, parce qu'elle se sentait mal depuis l'accident.

Dans un rapport du 28 octobre 2003, le Dr G._____, médecin généraliste et médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de sa patiente d'écrasement du côté cubital de la main droite (sans fracture) depuis mars 2002, de dorsolombalgies droites et de cervicoscapulalgies chroniques depuis avant 1997, et de dépression depuis mars 2002. S'agissant de la capacité de travail, le Dr G._____ a renvoyé à l'appréciation du Dr J._____, attestant une incapacité de travail à 50 % depuis le 1^{er} mars 2003, tout en précisant qu'il était probable que la reprise d'une activité soit en l'état rendue impossible par l'état dépressif.

Dans un rapport médical du 17 novembre 2003, le Dr J._____ a retenu le diagnostic de séquelles d'une dystrophie algique post-traumatique de la main droite touchant le médius, l'annulaire et l'auriculaire présent depuis 2002. Il a considéré qu'il n'existait pas de traitement médical somatique permettant une éventuelle amélioration de la fonction de cette main et n'a pas exclu l'existence d'un trouble somatoforme douloureux. Selon ce praticien, la capacité de travail de sa patiente était de 50 % dans son activité habituelle de femme de ménage depuis le 1^{er} janvier 2003 en raison d'une diminution de la force de préhension de la main droite, ainsi que d'une fatigabilité accrue du membre supérieur droit, et de 100 % dans une activité adaptée sans diminution de rendement.

Dans un rapport médical du 6 février 2004, la Dresse W._____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée de séquelles douloureuses d'une algoneurodystrophie de la main et du poignet droits, post-traumatique (accident du 4 mars 2002), de fibromyalgie, ainsi que de trouble dépressif et anxieux. Elle a estimé que les cervicolombalgies persistantes dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs modérés avec dysbalance musculaire, ainsi que les douleurs dorsolombaires évoluant depuis 1993 n'avaient aucune influence sur la capacité de travail de l'intéressée. Attestant une totale incapacité de travail depuis la date de l'accident, elle a exclu la reprise d'une activité professionnelle.

Au vu de ces éléments, l'OAI a sollicité l'avis de son service médical (SMR), qui a préconisé la mise en œuvre d'une expertise à confier à la Clinique R._____ à [...] (avis médical du 16 août 2004).

Dans un rapport de synthèse du 24 décembre 2004, le Dr T._____, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée d'algodystrophie de la main droite, post-traumatique, au stade séquellaire (M 89.0) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4), toutefois sans comorbidité significative selon le rapport du 22 décembre 2004 du Dr V._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Le bilan ergothérapeutique établi le 21 décembre 2004 par F._____, permettait en outre de mettre en évidence que la dextérité manuelle, si elle était déficitaire, restait toutefois suffisante pour effectuer la grande majorité des tâches courantes, que l'intégration du membre supérieur droit dans les activités pouvait être optimisée et qu'il était difficile de déterminer exactement dans quelle mesure les préhensions fines et manipulations fines étaient altérées, l'intéressée n'ayant " visiblement pas utilisé le maximum de son potentiel d'action ".

S'agissant de l'appréciation du cas, il a été retenu ce qui suit :

" ...nous admettons donc le diagnostic d'algodystrophie de la main droite, apparu chez une personne qui, confrontée à des difficultés existentielles, a développé un état dépressif transitoire. Actuellement toutefois, les séquelles fonctionnelles constatées au niveau de la main droite sont mineures et le mouvement dépressif s'est calmé. Il subsiste essentiellement un syndrome douloureux somatoforme persistant qui a pris corps depuis une dizaine d'années déjà, devenant le principal responsable du processus d'invalidation. On ne retient ni affection corporelle chronique, ni état psychique cristallisé propre à justifier une incapacité de travail ».

« On peut admettre que l'algodystrophie et l'état dépressif ont exercé une influence négative sur l'aptitude au travail dès le 04.03.2002, date du traumatisme de la main droite. L'incapacité totale s'est sans doute prolongée, si l'on se réfère aux rapports médicaux figurant dans le dossier, pendant les deux ans qui ont suivi.

On peut toutefois admettre, qu'à partir du mois de mars 2004, la reprise d'une activité était médicalement exigible. On ne saurait prétendre qu'un traumatisme banal, même compliqué d'une algodystrophie et d'une limitation fonctionnelle discrète des trois doigts cubitiaux, soit de nature à occasionner une incapacité définitive. Actuellement le handicap allégué incombe à un état douloureux diffus que l'on peut taxer de syndrome douloureux somatoforme persistant ».

Dans ce contexte, des mesures de réadaptation n'étaient ni requises ni souhaitables, l'intéressée disposant de suffisamment de ressources pour envisager la reprise de l'une des activités qu'elle avait exercées avant 2002.

Dans un rapport complémentaire du 8 mars 2005 adressé au SMR, les Drs N._____ et M._____, ont contesté l'appréciation du Dr V._____. Ils ont indiqué avoir relevé une lente amélioration de la symptomatologie dépressive depuis leur précédent rapport du 16 octobre 2003 et jusqu'à la fin 2004, sans obtenir toutefois de rémission complète. Ils ont ainsi ajouté qu'actuellement d'autres diagnostics invalidants n'avaient pas été investigués lors de l'expertise psychiatrique de décembre 2004, à savoir un trouble d'allure schizophréniforme, voire une schizophrénie franche, un TOC et un trouble complexe et grave de la personnalité de type limite et paranoïaque. L'impact de ces diagnostics associés à l'atteinte thymique et algique était massif et totalement

handicapant dans l'économie. Etant donné la personnalité de l'assurée, ils ont estimé qu'elle avait besoin pour réintégrer le circuit professionnel d'un milieu protégé où elle pourrait tester ses capacités dans un contexte bienveillant.

Par avis médical du 15 mars 2005, le SMR s'est référé aux conclusions du rapport de la Clinique R._____, en ce sens qu'il a estimé qu'il n'existait aucune limitation somatique ni psychique pour la reprise progressive du travail. Le SMR a dès lors retenu une incapacité de travail à 100 % du 4 mars au 31 décembre 2002, puis à 50 % du 1^{er} janvier au 31 octobre 2003. Dès le mois de mars 2004, la capacité de travail de l'assurée était totale dans toute activité, sans diminution de rendement ni limitation fonctionnelle, sans que ne soit évoquée la période comprise entre le 1^{er} novembre 2003 et le 29 février 2004.

b) Par décision du 19 décembre 2005, l'OAI a octroyé à l'assurée, réputée active à 100 %, une demi-rente limitée à la période allant du 1^{er} mars 2003 au 31 mai 2004, refusant expressément toute prestation dès le 1^{er} juin suivant. Il s'est fondé sur l'expertise de la Clinique R._____ et sur l'avis du SMR précité, en ce sens que l'intéressée avait présenté une incapacité de travail de 100 % dès le 4 mars 2002, puis de 50 % dès le 1^{er} mars 2003, le degré d'invalidité tel que résultant du préjudice économique subi s'élevait ainsi à 50 %, ouvrant le droit à une demi-rente. Dès le 1^{er} mars 2004, l'état de santé de l'assurée s'était amélioré jusqu'à lui conférer une capacité de travail totale, tant dans son activité habituelle de femme de ménage que dans une autre activité adaptée ; le terme de la rente a en conséquence été fixé au 31 mai 2004, soit après trois mois complets d'amélioration.

L'assurée ayant formé opposition contre cette décision, l'OAI a demandé au Dr N._____ qu'il se prononce quant à l'évolution de la capacité de travail de sa patiente depuis le 16 octobre 2003. Dans un rapport médical du 1^{er} juin 2007, ce praticien a posé les diagnostics d'état dépressif majeur en rémission partielle, de gravité moyenne (présent depuis 2005), de schizophrénie paranoïde chronique (existant depuis

2004), de trouble douloureux (présent depuis 2002), de trouble de la personnalité borderline avec des traits abandonniques et paranoïaques (présent depuis l'adolescence) et d'algoneurodystrophie du poignet droit (présent depuis 2002). S'agissant de l'évolution de l'état de santé psychique de l'intéressée, le Dr N. _____ a indiqué qu'il était resté fluctuant depuis 2005 avec une nette péjoration à la fin de l'année 2006 en relation avec le divorce de sa patiente qui avait aggravé son état dépressif et la symptomatologie psychotique. L'exposition au stress déclenchait une irritabilité avec une agressivité surtout verbale. Il a attesté une incapacité totale de travail dans toute activité dès le 10 octobre 2003, le trouble de la personnalité complexe induisant des troubles relationnels sévères avec une atteinte psychotique et une thymique invalidante.

Par avis médical du 20 août 2007, le SMR a indiqué ce qui suit après avoir pris connaissance du rapport précité du Dr N. _____ :

" Le Dr N. _____ atteste au printemps 2006 que l'assurée souffrirait d'une schizophrénie paranoïde chronique et d'un trouble de la personnalité borderline depuis l'adolescence. Les critères-symptômes sur lesquels reposent ces 2 diagnostics auraient donc dû être présents lors de l'expertise psychiatrique réalisée à la Clinique R. _____ le 22/12/2004. Il s'agit donc d'une appréciation différente d'une même situation clinique et nous devons donc considérer qu'il n'y a pas de fait nouveau exception faite d'un état dépressif majeur de gravité moyenne diagnostiqué et pris soin par le Dr N. _____ depuis 2005. Ce praticien rapporte un état de santé stationnaire depuis 2003 avec une aggravation fin 2006 secondaire au divorce de l'assurée.

Après instruction du dossier force est de conclure qu'il n'est pas annoncé de fait nouveau antérieur à la décision AI de décembre 2005.

Depuis lors le Dr N. _____ annonce un état dépressif majeur de gravité moyenne pour lequel un traitement de trimipramine est en place en juin 2007 à une dose que ce spécialiste juge nécessaire d'augmenter progressivement. De là nous concluons que le traitement optimal n'est pas encore mis en place et les conditions demandées par l'art. 7 LPGA ne sont donc pas réunies. D'un point de vue asséculoologique nous ne pouvons donc pas prendre en compte les possibles empêchements secondaires à ce problème.

La capacité de travail est inchangée depuis la dernière décision AI ".

Par décision sur opposition du 20 août 2007, l'OAI a confirmé sa décision du 19 décembre 2005, en se référant aux avis des praticiens de la Clinique R._____ et du SMR, auxquels il reconnaissait pleine valeur probante.

c) Q._____ a déposé un recours contre la décision sur opposition précitée en concluant à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et à la réforme de la décision, en ce sens qu'elle avait droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} mars 2003.

d) Par jugement incident du 8 août 2008 (AI 144/08 inc.-285/2008), le Tribunal cantonal des assurances (TAS) a rejeté l'opposition formée par l'assurée contre le courrier du 29 février 2008 du juge instructeur qui avait refusé l'audition simultanée des Drs N._____ et V._____.

e) Par jugement du 31 octobre 2008 (AI 344/07 - 420/2008), le TAS a rejeté au fond le recours formé par l'intéressée et a confirmé la décision sur opposition du 20 août 2007. Il a considéré que la recourante ne souffrait d'aucune comorbidité psychiatrique dans une mesure telle qu'un effort de volonté ne serait plus exigible de sa part et que les troubles douloureux persistants dont elle souffrait ne présentaient pas de caractère invalidant.

B. a) En date du 19 mars 2009, Q._____ a déposé une nouvelle demande de prestations AI auprès de l'OAI en raison d'une symptomatologie psychotique et d'un état dépressif existant depuis début 2005. Elle a précisé qu'elle avait de la peine à affronter une occupation régulière à cause de sa maladie. Elle a transmis à cet effet un certificat médical du 2 mars 2009 avec une signature illisible, attestant une incapacité de travail à 100 % dès le 4 novembre 2003 pour une durée

indéterminée avec une prochaine évaluation au début du mois d'avril 2009.

Le 2 avril 2009, elle a rempli un complément à sa demande en déclarant qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à 100 % en qualité de femme de ménage par nécessité financière (formulaire 531 bis).

Dans un rapport médical du 26 mai 2009, le Dr K._____, exerçant dans le cabinet du Dr N._____, a retenu les diagnostics de schizophrénie paranoïde depuis 2003, de trouble dépressif majeur récurrent en rémission partielle depuis 2003, de dépendance aux sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques depuis 2003, de trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale (algodystrophie de la main et du poignet droit) depuis 2002 et de trouble de la personnalité borderline et paranoïaque présent de longue date. Le Dr K._____ a considéré que le pronostic était défavorable au vu de la persistance d'une symptomatologie psychotique, avec une comorbidité thymique et somatoforme, et de la présence d'un grave trouble de la personnalité décompensé, sur un fond de précarité affective et de désafférentation socioprofessionnelle durable.

Par avis médical du 2 juillet 2009, le Dr P._____ du SMR a constaté que les motifs de la 2^{ème} demande étaient les mêmes, à savoir la symptomatologie psychotique et un état dépressif. L'anamnèse contenue dans le rapport médical du Dr K._____ ne permettait pas d'identifier une quelconque aggravation de l'état de santé depuis 2007.

b) Dans un projet de décision du 13 juillet 2009, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait rejeter la demande de prestations déposée le 19 mars 2009 compte tenu de l'absence d'invalidité, l'assurée présentant une capacité de travail complète tant dans son activité habituelle que dans toute autre activité adaptée.

Par courrier du 3 septembre 2009, l'assurée a demandé à l'OAI de lui communiquer des copies de certaines pièces, en particulier des

rapports médicaux figurant au dossier. Par lettre du 8 septembre 2009, l'OAI a invité l'assurée à désigner un médecin de son choix pour obtenir ces documents

Par décision incidente du 30 octobre 2009, l'OAI a formellement refusé de communiquer directement à l'assurée des pièces médicales de son dossier sans les avoir préalablement transmises à un médecin de son choix ou à son représentant et ce, au vu de la situation médicale de l'intéressée. Par arrêt du 9 novembre 2009 (AI 530/09-368/2009), la Cour de céans a rejeté le recours; l'assurée a recouru en vain auprès du Tribunal fédéral (TF 9C_1072/2009 du 29 janvier 2010).

c) Par décision du 30 juin 2010, l'OAI a confirmé son projet de décision du 13 juillet 2009.

C. a) Q. _____ interjette recours contre cette décision en date du 31 août 2010 (par l'intermédiaire d'un conseil qui s'est retiré en cours de procédure) et conclut, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision attaquée, en ce sens que la cause est renvoyée à l'intimé afin qu'il évalue son taux d'invalidité et qu'il fixe la rente à laquelle elle a droit compte tenu du taux retenu. La recourante rappelle que le TAS avait refusé tout droit à la rente notamment parce qu'il avait considéré qu'elle avait suffisamment de ressources pour envisager la reprise d'une activité lucrative. Ce pronostic est clairement démenti par les faits, puisque malgré un traitement psychiatrique hebdomadaire, elle n'a toujours pas retrouvé une capacité de gain. Elle ne souffre dès lors pas simplement d'un trouble somatoforme douloureux, mais aussi d'autres troubles, notamment une pathologie psychotique chronique et une schizophrénie paranoïde, atteinte qui a incité le SMR à ne pas lui transmettre directement les documents médicaux qu'elle sollicitait.

b) Par décision du 3 novembre 2010, le Bureau de l'assistance judiciaire a mis l'assurée au bénéfice de l'assistance judiciaire pour la procédure en cours avec effet au 15 septembre 2010.

c) Dans sa réponse du 9 décembre 2010, l'intimé a constaté que les arguments de la recourante n'étaient pas de nature à mettre en cause sa décision, en l'absence de modification de la situation depuis sa dernière décision, prise à un moment où il n'y avait plus d'incapacité de travail depuis de nombreuses années. En outre, la recourante n'avait produit aucun document médical nouveau. L'intimé a dès lors proposé le rejet du recours et le maintien de la décision querellée.

d) La recourante n'a pas déposé de détermination dans le délai qui lui a été fixé.

E n d r o i t :

1. Interjeté le 31 août 2010, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]), compte tenu des fêtes (art. 96 LPA-VD).

2. En l'espèce, le litige, relatif au droit de la recourante à une rente d'invalidité, porte sur l'atteinte à la santé et son incidence sur la capacité de travail et de gain, singulièrement sur le point de savoir si l'invalidité s'est modifiée de façon à influencer le droit à la prestation pendant la période entre la décision sur opposition du 20 août 2007 et la décision litigieuse du 30 juin 2010.

a) Tant le droit au reclassement professionnel (art. 17 LAI) que le droit à une rente (art. 28 LAI) supposent que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 LAI). Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un

accident. 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 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20; 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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 trancher 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

3. 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 l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, 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 déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3, 125 V 412 consid. 2b, 117 V 200 consid. 4b et les références). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 372 consid. 2b; SVR 1996 IV no 70, p. 204 consid. 3a et les références; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, p. 259).

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. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (TFA I 67/02 du 2 décembre 2003 consid. 2, I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.1).

b) Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b, TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2 in fine). Dans une telle situation, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision entrée en force qui repose 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 la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108, 130 V 75 consid. 3.2).

4. a) En l'occurrence, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations de la recourante. Après avoir examiné le rapport médical du 26 mai 2009 du Dr K._____ psychiatre traitant, exerçant dans le cabinet du Dr N._____, ainsi que l'avis du SMR du 2 juillet 2009, il a considéré, par décision du 30 juin 2010, que l'état de santé psychique de l'assurée ne s'était pas aggravé depuis la décision sur opposition du 20 août 2007. Pour sa part, la recourante ne critique pas la décision sur

opposition précitée, mais estime que dans l'intervalle, les circonstances ont changé, puisqu'elle n'a pas retrouvé de capacité de gain et qu'elle présente toujours une pathologie psychotique chronique et une schizophrénie paranoïde, malgré un traitement psychiatrique optimal et de longue haleine.

Il y a dès lors lieu d'examiner si le degré d'invalidité s'est modifié au point d'influencer le droit aux prestations, en procédant à la comparaison des situations de fait existant au moment de la décision sur opposition du 20 août 2007 (confirmée par jugement du Tribunal des assurances du 31 octobre 2008) et la décision litigieuse du 30 juin 2010. La décision initiale est essentiellement basée sur le rapport de synthèse du 24 décembre 2004 de la Clinique R. _____ qui a conclu à la présence d'un trouble somatoforme persistant sans comorbidité psychiatrique. En 2003, le Dr N. _____ avait également retenu ce diagnostic tout en affirmant que sa patiente souffrait d'un trouble dépressif majeur d'intensité modérée qui justifiait une totale incapacité de travail (rapport médical du 16 octobre 2003). Le Dr V. _____ de la Clinique R. _____ avait toutefois constaté que si au plan psychique et mental, l'assurée avait souffert d'un état dépressif majeur d'intensité modérée, réactionnel à des difficultés personnelles (échec d'un retour au pays natal, échec d'un mariage, échec de la réinsertion professionnelle), ce mouvement dépressif s'était estompé. L'intéressée ne souffrait dès lors plus de limitation psychique dans la perspective d'une reprise professionnelle. Dans un rapport du 5 mars 2005, les Drs N. _____ et M. _____, sans remettre clairement en cause l'appréciation du Dr V. _____ relative à l'intensité du trouble dépressif, ont indiqué que d'autres diagnostics invalidants n'avaient pas été investigués lors de l'expertise psychiatrique de décembre 2004, à savoir un trouble d'allure schizophréniforme, voire une schizophrénie franche, un TOC et un trouble complexe et grave de la personnalité de type limite et paranoïaque. Par jugement du 31 octobre 2008, le Tribunal des assurances, confirmant le refus d'octroi d'une rente d'invalidité dès le 1^{er} juin 2004, a considéré que les psychiatres traitants avaient procédé à des appréciations différentes d'une même situation clinique, dans la mesure où l'existence d'éventuels symptômes d'une

schizophrénie paranoïde chronique (existant depuis 2004), respectivement d'un trouble de la personnalité borderline (existant depuis l'adolescence), aurait dû être constatée par les praticiens de la Clinique R._____, singulièrement par le Dr V._____. Toutefois, le praticien précité avait exclu la présence de trouble grossier dans la sphère neurologique, ainsi que tout élément parlant pour un processus psychotique (rapport d'expertise psychiatrique du 22 décembre 2004, p. 2). La juridiction cantonale a dès lors conclu à l'absence de fait nouveau.

b) Il convient dès lors d'examiner si le diagnostic de trouble somatoforme douloureux s'est modifié dans le sens d'une aggravation permettant ainsi de retenir une invalidité, le rapport du Dr K._____ retenant le diagnostic de trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale (dont le code 307.89 selon la DSM IV correspond au syndrome douloureux somatoforme persistant au sens de la CIM-10/F 45.4). Aux termes de son rapport médical du 26 mai 2009, le Dr K._____ a retenu les diagnostics de schizophrénie paranoïde depuis 2003, de trouble dépressif majeur récurrent en rémission partielle depuis 2003, de dépendance aux sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques depuis 2003 et de trouble de la personnalité borderline et paranoïaque présent de longue date. Ce praticien « note sur le plan de l'humeur une tristesse avec des pleurs, une idéation suicidaire avec scénario, une dévalorisation et une vision pessimiste de l'avenir. Sur le plan psychotique, la patiente présente un délire de type paranoïde et se montre méfiante ». Ce faisant, le Dr K._____, compte tenu des indications subjectives de sa patiente, a posé les mêmes diagnostics que ceux qui avaient déjà été avancés par les Drs N._____ et M._____ en 2005, soit à l'époque de l'examen de la première demande de rente. Quoiqu'en pense la recourante, le rapport précité du Dr K._____ ne fait nullement état d'une aggravation de son état. Le rapport du psychiatre traitant ne contient ainsi aucun indice d'aggravation, tel un passage à l'acte (tentamen), une hospitalisation ou d'autres mesures thérapeutiques transitoires plus conséquentes. De plus, ce document n'est d'aucune utilité pour l'issue du litige, dès lors qu'il ne fournit aucune indication relative à la capacité de travail de l'assurée, si ce n'est de maintenir une totale

incapacité de travail depuis 2002. En effet, il convient de constater que le Dr K._____ n'a livré aucune indication caractéristique d'une activité lucrative adaptée à l'état de santé de la recourante, ni sur la mesure dans laquelle celle-ci serait raisonnablement exigible de sa part, puisqu'il s'est borné à confirmer une incapacité totale de travail depuis 2002 dans toute activité, alors que les médecins de la Clinique R._____, dont le Dr V._____, avaient conclu qu'à partir du mois de mars 2004, la reprise d'une activité était médicalement exigible. Or, la tâche d'un médecin consiste précisément à porter un jugement sur l'état de santé d'un assuré et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est incapable de travailler. Les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de ce dernier (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). Par conséquent, à défaut d'éléments objectivement vérifiables attestant de la gravité du trouble dépressif majeur affectant la recourante et de son influence sur la capacité de travail, il n'y a pas lieu de s'écarter de la décision attaquée sur ce point précis.

c) Compte tenu de l'absence de comorbidité psychiatrique invalidante, soit importante par sa gravité, son acuité et sa durée, se pose dès lors la question de la présence éventuelle d'autres critères dont le cumul permet d'apprécier le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux. En effet, en présence d'un trouble somatoforme douloureux ou d'une fibromyalgie, il convient d'examiner si les critères consacrés par la jurisprudence, dont l'existence permet d'admettre à titre exceptionnel le caractère non exigible de l'effort de volonté en vue de surmonter la douleur et, partant, de la réintégration dans un processus de travail, sont remplis (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 p. 71, 131 V 49 consid. 1.2 p. 50, 130 V 352 consid. 2.2.3 p. 354).

In casu, il sied de relever que le Dr K._____ n'a exposé aucun élément dans le sens des critères précités, s'étant essentiellement focalisé sur la description de la symptomatologie psychotique. Il n'y a dès lors pas lieu de s'arrêter plus avant sur l'analyse faite par la recourante du

critère de l'effort de volonté raisonnablement exigible et de l'échec des traitements. En tout état de cause, l'exigibilité d'un effort de volonté ne saurait être examinée par rapport à l'état dépressif, dont on a vu qu'il ne peut faire l'objet d'un diagnostic séparé, propre à lui seul à justifier une autre décision sur les prestations, ou à la symptomatologie psychotique, le Dr V. _____ n'ayant mis en évidence aucun élément parlant pour un processus psychotique. Enfin, le psychiatre traitant n'a pas fait pas état de l'échec de traitements opérés conformément aux règles de l'art, indiquant au contraire que la thérapie actuelle devait être poursuivie.

5. a) Au vu de ce qui précède, il convient de constater qu'il n'existe en l'espèce aucun motif justifiant de procéder à une révision du droit à la rente. La décision attaquée n'est, par conséquent, pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 francs (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et devrait être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que la recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. 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 LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 30 juin 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Il n'est pas alloué de dépens.
- IV. Les frais judiciaires arrêtés à 400 fr. sont mis à la charge de l'Etat.
- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Q._____, à Vevey,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

L'arrêt qui précède est communiqué, 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).

La greffière :