

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 septembre 2012

Présidence de Mme PASCHE
Juges : MM. Neu et Métral
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

F. _____, à Renens, recourante, représentée par Me Laurent Damond,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 ss LPGA; 18 et 29 LAI; 87 RAI

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1966, [...] d'origine, a travaillé dans le secteur de la restauration. Elle a ensuite occupé un poste d'ouvrière dans une usine, puis a repris une activité de serveuse. Licenciée pour le 30 août 1997, elle a bénéficié des prestations de l'assurance-chômage depuis le 1^{er} septembre 1997.

Le 25 février 1999, l'assurée a été victime d'une chute sur le verglas, ce qui a entraîné des ecchymoses sur le bas du dos et un lumbago intense. L'incapacité de travail a été totale. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a garanti les suites immédiates de l'événement.

F._____ a séjourné à la Clinique de Réadaptation de [...] du 28 juillet au 8 septembre 1999. Dans leur rapport de sortie du 21 septembre 1999, les Drs V._____ et K._____ ont relevé qu'à l'entrée dans l'institution, la patiente présentait une humeur dysphorique et insistait beaucoup sur ses douleurs, lesquelles, alliées à un manque de coopération, rendaient l'examen difficile. Il existait des douleurs à la pression au niveau des apophyses épineuses de D12 et L1, des zones d'irritation des deux côtés dans toute la région du rachis cervical, ainsi que des troubles musculaires modérés au niveau de la nuque et de la ceinture pelvienne. Hormis une hypoesthésie diffuse du membre inférieur droit et du bras gauche (dont la topographie ne correspondait pas à celle d'un dermatome), l'examen neurologique était normal. Compte tenu de l'absence de parésie et d'une trophicité musculaire normale, les données somatiques ne permettaient pas d'expliquer que la patiente n'ait développé aucune force (0 bar) avec la main gauche lors de mesures répétées au dynamomètre. Sur le plan diagnostique les médecins de la Clinique de Réadaptation ont retenu un syndrome douloureux myofascial de la nuque et de la ceinture scapulaire ainsi que de la ceinture pelvienne, avec une tendance marquée à la généralisation. Ce diagnostic était étayé par l'existence de troubles palpatoires modérés avec myoses et

tendinoses. Le fait que la patiente soit surtout soulagée par des enveloppements froids au niveau de la nuque ne concordait toutefois pas avec ce tableau. Le trouble de la sensibilité touchant le bras gauche (y compris le quadrant supérieur gauche du thorax) ne répondait à aucune atteinte neurologique et était très probablement d'origine douloureuse. Ceci valait aussi pour le trouble de la sensibilité du membre inférieur droit. Les seuls troubles somatiques ne suffisaient pas à expliquer la forte symptomatologie douloureuse subjective, la boiterie et la très importante diminution de la capacité de charge physique. Du point de vue psychosomatique, la patiente souffrait d'un trouble de l'adaptation de type dépression réactionnelle prolongée. Les facteurs psychosociaux avaient joué et continuaient à jouer un rôle très important dans le développement de toute la symptomatologie et son passage à la chronicité. Malgré la mise en place d'un traitement de Saroten, remplacé par du Surmontil, il n'avait été jusqu'à présent observé qu'une légère amélioration de l'humeur. Aucune amélioration significative des douleurs et de la capacité de charge n'avait pu être obtenue durant le séjour. Il y avait tout lieu de penser que la stabilisation des troubles psychiques s'accompagnerait aussi d'une amélioration des symptômes somatiques. En outre, les douleurs faisaient que la patiente était limitée pour porter et soulever des charges, ainsi que pour effectuer des efforts posturaux (statiques) prolongés (marcher, rester debout ou assis longtemps). L'intéressée était cependant capable de rentrer chez elle le week-end. Compte tenu de l'état actuel de la patiente, la reprise d'une activité économiquement exploitable était absolument inimaginable. Conformément à la décision de la psychiatre conciliaire, la patiente était, pour le moment, totalement incapable de travailler pour des raisons psychiques. Une nouvelle évaluation devrait avoir lieu au plus tard dans trois mois.

Dans un rapport du 31 janvier 2000, le Dr T. _____, médecin d'arrondissement de la CNA, a relevé que l'évolution du cas de l'assurée avait continué à être défavorable et qu'elle avait fait une nouvelle chute dans les escaliers le 23 novembre 1999, entraînant des contusions et ecchymoses au niveau de la cuisse et du coude droits. Pour ce médecin, il semblait que l'assurée s'était installée de plus en plus dans une invalidité

complète, probablement soutenue par son fiancé qui semblait également être à l'assurance pour des troubles du dos. Il notait que les douleurs subjectives revêtaient une importance en discordance flagrante avec les séquelles des accidents, à l'origine banales, et qu'elles s'étaient étendues à des parties du corps non concernées initialement. L'examen clinique était dominé par une discordance importante entre les plaintes subjectives et leur corrélat morphologique. La palpation était subjectivement douloureuse de la tête jusqu'aux pieds, au moindre toucher, sans localisation précise. La mobilisation active était associée à une opposition volontaire sans que l'on puisse constater une lésion morphologique post-traumatique. La patiente faisait valoir par ailleurs des troubles du sommeil et de la concentration, ainsi qu'une faiblesse généralisée, parlant fortement en faveur d'une fibromyalgie généralisée, sans qu'il n'y ait de séquelles post-traumatiques morphologiques justifiant encore une incapacité de travail.

Par décision du 2 février 2000, la CNA a mis fin, le jour même, au versement de ses prestations. Cette décision est entrée en force.

Le 4 avril 2001, l'assurée a déposé une première demande de rente de l'assurance-invalidité (AI).

Dans un rapport du 21 avril 2001, la Dresse P._____, du Centre médico-chirurgical du [...], a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de contusion à la colonne vertébrale suite à deux accidents en 1999, de Scheuermann préexistant et de fibromyalgie, de dépression réactionnelle, et de troubles digestifs et urinaires importants survenus après 2000, suite à un accouchement par voie basse, qui étaient actuellement traités. Cette médecin a également relevé que l'assurée subissait une incapacité de travail totale depuis le 25 février 1999 en tant que serveuse dans un restaurant.

Mandaté en qualité d'expert, le Dr R._____, psychiatre, a établi un rapport en date du 4 juillet 2003. Il en ressort en bref ce qui suit:

"DIAGNOSTIC SELON LE DSM IV

- Axe I trouble dysthymique
trouble somatoforme indifférencié
- Axe II comportement passif - agressif
- Axe III cf spécialiste concerné (s'agissant de la pathologie somatique, cet axe est mentionné à titre indicatif, sur la base du dossier médical, car il sort du champ des compétences de l'expert psychiatre)
- Axe IV problème socio-professionnel ?; autre raison qui sortirait du champ médical?

DISCUSSION

[...] L'expertisée a eu une enfance, semble-t-il, tout à fait normale, sans notion de maltraitance. Rien n'indique qu'elle a souffert de troubles psychologiques de la petite enfance, de l'enfance ou de l'adolescence. Elle a pu suivre une scolarité puis une formation professionnelle sans difficulté. Il ne semble pas exister d'antécédents familiaux connus de troubles psychiatriques ou psychosomatiques qui puissent suggérer l'existence d'un terrain de vulnérabilité constitutionnelle.

Jusqu'en février 1997, Mme F. _____ semble avoir relativement bien fonctionné, en tous les cas d'un point de vue professionnel. Il est difficile de comprendre pour quelle raison elle n'a pas pu retrouver un emploi dans la restauration du 28 février 1997 jusqu'à l'événement accidentel incriminé du 25 février 1999.

[...]

D'un point de vue psychopathologique, le tableau clinique semble ici en partie superposable à celui décrit dans les différents rapports en notre possession en ce sens que ressort ici d'une part les discordances entre les plaintes de Mme F. _____ et les constatations objectives. Prévaut surtout, comme l'avait déjà relevé le Dr M. X. _____, un sentiment d'inauthenticité comme l'attestent des réponses souvent stéréotypées, un manque de congruence entre le contenu du discours et les affects exprimés; de nombreuses contradictions, omissions, flou, qui rendent l'anamnèse laborieuse et les affirmations de l'assurée souvent peu crédibles.

Ici, le questionnement direct est peu informatif, car Mme F. _____ semble très suggestible et répond systématiquement, dès qu'on l'interroge, "oui" et sans discrimination à toutes questions que nous lui adressons. Nombreuses de ses affirmations sont en contradiction avec les éléments résultant du questionnement indirect. Ce comportement ou cette attitude de Mme F. _____ explique la difficulté pour le médecin traitant de se faire une idée objective des problèmes réels de son patient puisque, par définition, il fait le postulat de sincérité de ce dernier.

Les éléments objectifs plaident ici tout au plus pour un trouble dysthymique.

La symptomatologie douloureuse est particulièrement atypique et nous retenons la discordance manifeste entre l'importance des plaintes et du handicap fonctionnel allégué. Notre observation attentive durant l'entretien démontre une jeune femme qui ne semble en rien limitée dans ses déplacements et mouvements spontanés. A ce titre, nous retenons que le fonctionnement extra-professionnel apparaît comme globalement conservé. Elle semble pouvoir assumer seule l'éducation de sa fille unique. Enfin, les dosages sériques nous ont permis de démontrer que la prise d'antalgiques (Dafalgan®, Tramal®) est probablement faible, ceci relativisant cela.

Vu l'extension des plaintes, on peut probablement évoquer un trouble somatoforme indifférencié avec probablement majoration volontaire des symptômes.

Durant l'expertise, Mme F. _____ a un comportement de type passif - agressif. Vu son attitude générale, il est difficile de se prononcer sur un éventuel trouble de la personnalité prémorbide.

[...] Mme F. _____ souffre actuellement tout au plus d'un trouble dysthymique associé à un trouble somatoforme indifférencié, suite à un accident, somme toute, mineur, qui survient quelques jours avant la fin de ses indemnités chômage. Durant les deux années précédentes, elle n'aurait pas retrouvé d'emploi dans la restauration (sic). Comme l'avait déjà observé le Dr X. _____, frappe ici une tendance certaine à amplifier ses problèmes, une impression d'inauthenticité qui se manifeste par de nombreuses contradictions, omissions dans ses affirmations. Nous avons le sentiment qu'ici des éléments qui sortent largement du champ médical jouent un rôle prépondérant dans l'adoption d'un statut de future invalide.

Compte tenu de ce qui précède, nous n'avons pas le sentiment qu'une prise en charge psychiatrique ou médicale spécifique puisse avoir un quelconque impact sur l'importance des plaintes de l'assurée. De notre point de vue, il faut surtout éviter la multiplication des gestes invasifs ou médicaux devant chaque nouveau symptôme.

Tout au plus, pour le trouble dépressif, pourrions-nous recommander la prescription d'un antidépresseur léger de type sérotoninergique. Le dosage sérique du Surmontil® donne des taux faibles. Le Surmontil® n'a, probablement, aucune activité antidépressive véritable à cette posologie.

La capacité de travail, d'un point de vue psychiatrique, est de plus de 70% dans toute activité adaptée à sa motivation, ses qualifications professionnelles et [ses] éventuelles limitations somatiques objectives.

L'expert a la conviction intime que le pronostic est étroitement lié à une prise de position ferme des assurances sociales.

B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

[...] 3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré(e) est-il (elle) capable de s'adapter à son environnement professionnel?

Oui, mais apparemment n'en a pas la motivation.

C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables?

Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants:

- la possibilité de s'habituer à un rythme de travail
- l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social
- la mobilisation des ressources existantes

Si non, pour quelles raisons?

Non, contre-indiqué. Elle n'a pas de demande motivée en ce sens."

Par décision du 2 août 2004, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) a rejeté la demande de l'assurée, au motif qu'il ressortait de l'examen de son dossier qu'elle pouvait mettre en valeur une capacité de travail d'au moins 70% dans son ancienne activité, comme dans toute autre activité adaptée à ses

limitations fonctionnelles, et que, par ailleurs, des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas susceptibles d'améliorer de manière notable son préjudice économique.

A la suite de l'opposition de l'intéressée, l'OAI a, par décision sur opposition du 26 avril 2005, maintenu sa position, en précisant qu'il ressortait du dossier constitué par la CNA suite aux deux accidents dont l'intéressée avait été victime en 1999 que ceux-ci n'avaient pas laissé de séquelles susceptibles de réduire sa capacité de travail et que la capacité de travail d'un point de vue psychiatrique était de plus de 70% dans toute activité adaptée à sa motivation et à ses qualifications professionnelles. Selon les pièces médicales au dossier, l'atteinte que l'assurée présentait réduisait au maximum de 30% sa capacité de travail. Dans la mesure où cette capacité de travail était exigible dans toute activité, l'OAI n'avait pas procédé au calcul du préjudice économique, l'incapacité de travail se confondant avec l'incapacité de gain. Un taux de 30% n'était pas suffisant pour ouvrir le droit à une rente.

L'assurée a recouru contre cette décision. Dans le cadre de l'instruction de l'affaire, une expertise rhumatologique a été ordonnée et confiée au Dr L. _____, spécialiste FMH en rhumatologie, qui a établi son rapport le 16 novembre 2006. Il y a posé le diagnostic de douleurs ubiquitaires de la musculature et du squelette dans un contexte de syndrome douloureux persistant et de discopathies discrètes du rachis lombaire. Il notait que l'examen clinique était difficile à interpréter, marqué principalement par des signes de surcharge comportementaux, alliant exagération de la réponse verbale, opposition active et mouvements de contre-pulsions non reproductibles en fonction de son degré d'attention et du fait qu'elle était observée ou non. Il n'avait constaté aucune limitation fonctionnelle objectivable. Il n'y avait ni arthrite, ni synovite, ni amyotrophie, ni troubles neuroradiculaires reproductibles au-delà d'une hypoesthésie hémicorporelle droite sans respect radiculaire. Pour l'expert, ni le status, ni les examens paracliniques ne permettaient d'expliquer la globalité des symptômes présentés par l'assurée, leurs localisations, leur intensité et leur retentissement sur son

fonctionnement actuel. Il existait des douleurs éparses, fluctuantes et migrantes de la musculature et du squelette, intégrant tant l'hémicorps gauche que l'hémicorps droit, la partie supérieure ou inférieure, avec, à la palpation, 18 sur 18 points de Smythe, douloureux, compatibles avec un diagnostic de fibromyalgie, diagnostic déjà évoqué par les praticiens de la Clinique de [...] lors du séjour de l'intéressée entre juillet et septembre 1999. En outre, l'anamnèse révélait des signes neuro-végétatifs et fonctionnels, le status comportant de nombreux signes comportementaux et des points de contrôle positifs orientant plutôt vers un diagnostic de syndrome douloureux persistant que vers celui d'une fibromyalgie classique, sans qu'il ne soit possible de faire une distinction formelle entre deux affections au pronostic et à la prise en charge similaires. Du point de vue rhumatologique, la capacité de travail de l'intéressée était entière, dans n'importe quel domaine professionnel.

Par jugement du 15 janvier 2007 (cause AI 114/05 — 25/2007), le Tribunal des assurances a rejeté le recours interjeté par l'assurée contre la décision sur opposition du 26 avril 2005, en retenant en substance qu'au plan somatique, il convenait de se référer au rapport d'expertise du Dr L._____, retenant ainsi une capacité de travail entière dans n'importe quel domaine. Au plan psychiatrique, il s'est référé au rapport du Dr R._____, retenant qu'elle présentait une capacité de travail de 70% au moins dans toute activité. L'incapacité de travail étant de 30%, et n'atteignant donc pas le taux de 40%, le droit à la rente n'était pas ouvert.

Ce jugement n'a pas été contesté et est entré en force.

B. L'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI pour adultes tendant à l'octroi d'une rente le 17 octobre 2007, en précisant quant au genre de l'atteinte "cervicales + problème psychique + fibromyalgie", depuis le 25 février 1999.

Invitée à rendre plausible l'aggravation de son état de santé, l'assurée a produit le 10 janvier 2008 un rapport d'un spécialiste en neurologie et psychiatrie, posant le diagnostic de dépression (F32.3), ainsi

qu'un certificat médical du Dr B._____ du 9 novembre 2007 qui expliquait avoir examiné la patiente à deux reprises les 22 novembre 2001 et 7 septembre 2007, son état de santé s'étant aggravé entre les deux consultations, avec notamment l'augmentation du syndrome douloureux.

Le 21 janvier 2008, la Dresse W._____ a attesté une aggravation de l'état de santé et a diagnostiqué des lombosciatalgies bilatérales avec claudication neurogène sur canal lombaire dégénératif.

Par communication du 12 février 2008, l'OAI a informé l'assurée qu'il était nécessaire de procéder à une expertise médicale afin d'évaluer son droit à des prestations de l'AI. Il l'a alors conviée à une expertise médicale auprès du Centre d'expertise médicale (ci-après: CEMED) de [...], où elle a été examinée par le Dr M._____, rhumatologue, et par le Dr G._____, psychiatre, les 4 et 8 avril 2008. Dans leur rapport d'expertise du 15 août 2008, ces médecins n'ont retenu aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail. Sans effet sur la capacité de travail, ils ont posé les diagnostics suivants:

- syndrome douloureux chronique sans substrat anatomique susceptible de l'expliquer assimilable à une fibromyalgie,
- majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) depuis 1999,
- dysthymie (F34.1) depuis 1999,
- personnalité passive et agressive (F60.8) de début indéterminé.

Les experts ont par ailleurs relevé ce qui suit sous une rubrique "synthèse et discussion" de leur rapport:

"Madame F._____ est une assurée serbe de 41 ans, mariée et mère d'une fille de 7 ans. Elle n'a pas travaillé dans son pays et est arrivée en Suisse en 1988. Elle a suivi l'école jusqu'à 19 ans et est diplômée comme technicienne sur machine. En Suisse elle a travaillé la plupart du temps dans la restauration et durant une année en usine. Le mari est au bénéfice d'une rente AI depuis deux ans. Elle a été victime peu avant la fin des prestations du chômage en février 1999 d'un accident banal qui a été suivi de douleurs multiples persistantes du rachis et des ceintures, évocatrices de fibromyalgie, associées à un trouble de l'humeur.

En 2003, une expertise psychiatrique du Dr R. _____ a conclu à un trouble dysthymique avec trouble somatoforme indifférencié chez une patiente au comportement passif-agressif. La capacité de travail a été estimée de plus de 70%.

En 2006, une expertise rhumatologique, faite à la demande du Tribunal Cantonal des Assurances par le Dr L. _____, conclut à un syndrome douloureux persistant ubiquitaire et à des discopathies discrètes du rachis lombaire, permettant de retenir une capacité de travail complète dans toutes activités.

Une aggravation de l'état de santé est attestée par le Dr W. _____ sous la forme de lombosciatalgies bilatérales avec claudication neurogène sur canal lombaire dégénératif, diagnostic peu étayé, sans qu'il ne soit fait mention d'une aggravation au niveau psychiatrique.

L'assurée a été examinée récemment (janvier 2008) dans son pays par le Prof. Q. _____. Ce dernier concluait à un diagnostic de dépression (F32.3) ce qui correspond selon la CIM-10 à un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques.

L'examen des pièces antérieures montre que lors du séjour à la Clinique de [...] en 1999 les médecins avaient posé un diagnostic de trouble de l'adaptation avec une réaction dépressive prolongée. Le Dr T. _____ de la SUVA notait en janvier 2001 que les douleurs subjectives avaient gagné en importance et en extension avec une discordance flagrante avec les accidents. Le Dr???. _____ retenait quelques mois plus tard les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et d'épisode dépressif moyen (F32.1), le diagnostic de trouble somatoforme douloureux a été repris par le Dr B. _____ en 2007.

L'assurée est suivie par la Dresse S. _____ (psychiatre) depuis 5 ans. Le dossier médical en notre possession ne contient pas de rapports médicaux de ce médecin à l'attention de l'Al. De notre entretien téléphonique avec la Doctoresse S. _____ il ressort que le suivi est assez irrégulier, que les entretiens se font en allemand, que l'assurée n'a pas de demande précise mais qu'elle reconnaît que cela lui fait du bien de pouvoir s'exprimer.

L'assurée présente avant tout un trouble de la personnalité et une dysthymie. Les difficultés d'intégration professionnelle représentent le problème principal. La psychiatre estime que la capacité de travail est diminuée de 20-30%.

Situation actuelle:

Sur le plan somatique Mme F. _____ se plaint de douleurs multiples et variées à la suite d'un accident qui peut être qualifié de banal. Cette symptomatologie douloureuse touche plus volontiers le squelette axial et les ceintures, tendent à s'étendre et toucher les parties du corps indemnes lors de l'accident, créant ainsi une impotence fonctionnelle importante et menant à une invalidité quasi permanente.

Les investigations ne mettent en évidence aucune lésion anatomique susceptible d'expliquer ce tableau et l'examen clinique est surtout caractérisé par une discordance entre les plaintes subjectives et les constatations objectives.

Nous n'avons notamment aucune anamnèse ni signe objectif suggestif d'une claudication neurogène.

Nous rejoignons ainsi le Dr L. _____ au niveau de l'examen et des conclusions.

En conclusion, il s'agit d'une femme qui présente un syndrome douloureux chronique pouvant être assimilé à une fibromyalgie

démonstrative comme en témoignent les nombreux trigger points et l'infiltration douloureuse des téguments. Il existe incontestablement une dissociation entre l'importance des plaintes, les observations objectives à l'insu de la patiente et l'examen clinique proprement dit.

Il n'y a aucune justification à une incapacité prolongée de travail.

Sur le plan psychique Mme F. _____ rapporte essentiellement des perturbations du sommeil, des pleurs fréquents, une diminution de l'envie de vivre, des troubles cognitifs, un ralentissement psychomoteur, des ruminations focalisées sur les douleurs, une anxiété augmentée pour les douleurs, une difficulté à se détendre avec une tension psychique permanente, une irritabilité, une augmentation de la réactivité émotionnelle, une fatigue sévère fluctuant selon l'intensité des douleurs ce qui est aussi le cas de la tristesse, des sentiments de dévalorisation en lien avec les douleurs, une baisse de confiance en soi, une augmentation de l'appétit et une diminution de la libido, et l'assurée n'a plus de rapports sexuels en raison de ses douleurs. Les douleurs sont diffuses, permanentes et sévères. Elles sont diminuées par les divers traitements. Elles sont décrites comme invalidantes dans la vie de tous les jours.

A l'examen clinique on observe essentiellement une tristesse légère, une certaine restriction du champ de la pensée autour des douleurs, une plus forte réactivité émotionnelle, une difficulté à avoir un contact visuel avec l'examineur, une attitude extrêmement plaintive, une importante tendance à la digression et de fréquentes réponses à côté. On n'observe pas de comportement algique, la pensée n'est pas organisée sur un mode opératoire, les fonctions cognitives sont conservées, il n'y a pas de ralentissement psychomoteur ni de fatigue et l'humeur est légèrement abaissée.

Globalement les plaintes subjectives sont beaucoup plus importantes que les constatations objectives et l'absence de comportement algique contraste avec les douleurs alléguées.

Le monitoring thérapeutique montre une absence de complaisance au traitement antalgique et antidépresseur. Cette appréciation doit être nuancée par le fait que l'assurée prend le Tramal en réserve et le Voltarène en alternance avec le Ponstan ce dernier n'ayant pas fait l'objet d'un dosage plasmatique. A noter que lors de l'expertise chez le Dr R. _____ les examens complémentaires montraient une absence de complaisance au paracétamol et au tramadol et une complaisance partielle à la trimipramine.

Sur la base de ces éléments, nous retenons le diagnostic d'une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Ceci repose essentiellement sur la base d'un comportement histrionique aussi décrit lors de l'examen somatique et la nette discordance entre les plaintes subjectives et les constatations objectives, l'assurée n'ayant absolument pas de comportement algique durant l'entretien. De plus l'assurée peut se montrer opposante lors de l'examen clinique avec un comportement algique qui fluctue à l'examen somatique. Elle ne convainc pas non plus l'examineur sur la sévérité des douleurs. Ce tableau clinique peut s'intégrer dans le cadre d'un licenciement et ensuite par la perspective d'arriver en fin de droit pour les prestations du chômage. Le fait que ses liens affectifs se trouvent en Suisse romande alors qu'elle maîtrise mal le français contribue à une évolution chronique de ce trouble.

Dans son rapport d'expertise, le Dr R. _____ avait retenu un diagnostic de syndrome douloureux indifférencié. Il n'avait pas non

plus exclu une majoration des symptômes dans ce contexte. L'assurée rapporte des plaintes somatiques multiples lors de la présente évaluation, mais ces plaintes concernent toutes les douleurs. Pour cette raison, actuellement le diagnostic différentiel doit se faire avec un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) plutôt qu'avec un syndrome somatoforme indifférencié (F45.1). On retrouve bel et bien des douleurs persistantes, intenses et permanentes, en revanche l'absence de compliance au traitement antalgique alors que l'assurée décrit une atténuation des douleurs avec ce traitement nous laisse encore plus dubitatif sur l'importance des douleurs alléguées et leur retentissement au quotidien.

Nous faisons également la même constatation que le Dr R. _____ concernant la forte suggestibilité lors de l'anamnèse orientée, avec des réponses positives très fréquentes, ne concordant souvent pas avec l'observation clinique ce qui est un comportement histrionique. L'assurée présente également une dysthymie (F34.1). Cela s'intègre dans le cadre d'un trouble de l'adaptation, avec une réaction dépressive prolongée. L'anamnèse n'a pas pu mettre en évidence d'épisodes dépressifs plus marqués. Il apparaît d'après le dossier médical qu'elle a présenté un tel épisode en 2000, lors de son évaluation au Service de Psychiatrie Ambulatoire. Toutefois, à la lecture de ce rapport, on ne retrouve pas sous la rubrique examen clinique, les éléments parlant en faveur d'un diagnostic attestant d'une sévérité de l'épisode dépressif.

L'assurée présente des traits histrioniques et passifs-agressifs (F60.8), durant tout l'entretien, on note que la collaboration est moyenne et que l'assurée a constamment les yeux fermés ou mi-clos, établissant peu le contact avec l'examineur sans qu'il semble qu'il y ait d'autres éléments pour l'expliquer, alors qu'en revanche, elle se montre tout à fait à l'aise dans son discours.

Il n'y a aucun élément en faveur d'une aggravation de son état psychique.

L'assurée ne présente aucune limitation fonctionnelle, la capacité de travail est donc complète. On peut s'attendre à un absentéisme ce qui correspond à une diminution de rendement de 20%. Il n'y a pas lieu d'adapter son poste de travail. A notre avis les limitations sont principalement liées à [des] difficultés d'intégration professionnelle en lien avec une faible maîtrise du français.

Nous pensons que l'assurée n'a aucune motivation pour une reprise d'activité professionnelle.

En conclusion, en l'absence d'affection psychiatrique sévère, l'assurée peut travailler 8 heures par jour. On peut s'attendre à un absentéisme, ce qui diminue son rendement de 20%. Cet absentéisme prévisible est plutôt en lien avec sa personnalité passive-agressive et donc pas susceptible d'amélioration avec une prise régulière de son traitement psychotrope.

Réponses aux questions de l'Assurance Invalidité

[...]

B. Influences sur la capacité de travail

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

Sur le plan physique: aucune

Sur le plan psychique et mental: aucune

Sur le plan social: Limitations en lien avec une mauvaise maîtrise du français ce qui limite son intégration sociale.

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

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

Pas d'influence.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail
Complète.

Les fonctions cognitives sont préservées, il n'y a pas de ralentissement psychomoteur ni de fatigue. L'absence de motivation en vu d'une reprise de travail s'inscrit dans le cadre d'une personnalité passive-agressive qui se montre souvent opposante et peu collaborante.

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

8 heures par jour.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui dans quelle mesure?
Sur le plan somatique, non

Sur le plan psychique, de 20% en lien avec un absentéisme prévisible.

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de

20% au moins?

Sur le plan somatique, sans objet.

Sur le plan psychique, depuis 1999 en lien avec une diminution de rendement. 2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?

Sur le plan somatique, est resté stable.

Sur le plan psychique, persistance d'une diminution de rendement de 20%.

3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré (e) est-il (elle) capable de s'adapter à son environnement professionnel?

L'assurée a des difficultés d'adaptation professionnelle en lien avec une attitude oppositionnelle.

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables?

Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants

- la possibilité de s'habituer à un rythme de travail
- l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social
- la mobilisation des ressources existantes

Si non, pour quelles raisons?

De telles mesures ne sont pas indiquées.

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent?

La prise régulière du traitement devrait avoir un effet sur la perception des douleurs. Toutefois ces dernières n'ont pas un caractère invalidant. La personnalité passive-agressive est peu susceptible d'amélioration. L'assurée est prise dans un processus de revendication ce qui rend difficile toute remise en question actuellement.

[...]

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré (e)?

Oui, mais pas nécessaire."

Le Dr G._____ a encore précisé au Dr J._____ du Service Médical régional (SMR) de l'AI le 16 octobre 2008 que la diminution de rendement de l'assurée était liée à sa personnalité passive et agressive et que cela était responsable d'un absentéisme prévisible. Il n'était pas

possible d'exiger un effort de volonté sur cet aspect car il était directement en lien avec le trouble de la personnalité, précisant que ce diagnostic aurait dû figurer sous la rubrique 4.1.

Par avis médical du 6 novembre 2008, le Dr J._____ a observé que le COMAI de [...] retenait une baisse de rendement de 20% dans toute activité depuis 1999 secondaire à la personnalité passive-agressive de l'assurée, sa capacité de travail étant entière avec une baisse de rendement de 20%, aucune amélioration de l'état de santé n'ayant été mise en évidence depuis le jugement de janvier 2005 (recte: 2007) et le rapport du SMR de juillet 2004, l'état de santé ne s'étant pas aggravé depuis la dernière décision AI.

Par courrier à l'OAI du 29 octobre 2009, la Dresse S._____ a indiqué que l'assurée l'avait consultée en raison d'une aggravation de ses symptômes le 22 octobre 2009, en précisant qu'une hospitalisation à l'Hôpital psychiatrique de [...] était prévue prochainement pour le sevrage d'une grande consommation d'analgésique et l'introduction d'une thérapie antidépressive efficace, la patiente étant actuellement inapte au travail à 100%.

Par courrier du 17 novembre 2009 à l'OAI, le Dr V.A_____, médecin traitant, a demandé une réévaluation du cas de sa patiente, en expliquant que son état s'était péjoré. Il a joint à son envoi une copie du courrier de la Dresser S._____ du 29 octobre 2009, un rapport d'IRM cérébrale du 13 novembre 2008 constatant l'absence de lésion significative de la substance blanche, l'absence de lésion vasculaire cérébrale et l'absence d'argument en faveur d'une lésion focale cérébrale, et plusieurs courriers du Dr B._____. Selon celui du 21 octobre 2009, il faudrait réaliser, idéalement en milieu psychiatrique, un sevrage de tous les antalgiques en maintenant un traitement antidépresseur. Dans son courrier du 17 décembre 2008, le Dr B._____ constatait que l'IRM cérébrale du 13 novembre 2008 était normale et qu'il suspectait des céphalées sur abus médicamenteux se surajoutant à la céphalée primaire. Dans son courrier 22 octobre 2008, il indiquait qu'il allait demander une

IRM cérébrale, la patiente se plaignant d'une aggravation des céphalées, et observait que l'examen neurologique était inchangé et qu'il n'y avait notamment pas de signe d'hypertension intracrânienne au fond d'oeil. Le Dr V.A._____ a en outre joint un rapport du Dr K.A._____, du 25 octobre 2009, selon lequel le traitement n'était pas modifié, vu le projet de futur sevrage médicamenteux hospitalisé.

Par avis médical du 14 janvier 2010, le Dr J._____ du SMR a constaté que les pièces versées au dossier le 17 novembre 2009 ne faisaient pas état de fait médical nouveau, si bien que la capacité de travail exigible restait inchangée.

Par projet de décision du 19 janvier 2010, l'OAI a préavisé pour le rejet de la demande, en retenant les constatations suivantes:

- "- Le 17.10.2007, vous avez déposé une nouvelle demande de prestations AI.
- Suite au jugement du Tribunal cantonal des Assurances du 15.01.2007, notre refus du droit à une rente du 26.04.2005 a été confirmé.
- Le jugement précité du TCA suivait l'avis du Dr R._____ qui dans son expertise du 4.7.2003 vous reconnaissait une capacité de travail de 70% au moins dans n'importe quelle activité.
- Vous nous avez fournis en janvier 2008 des pièces médicales qui attestaient d'une aggravation de votre état de santé.
- Après un complément d'instruction demandé par le Service médical régional de l'AI sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire au COMAI, il s'avère que votre état de santé ne s'est pas aggravé depuis l'époque du premier refus.
- En effet ce centre d'expertise vous reconnaît le 15.08.2008 une capacité de travail entière avec un rendement diminué de 20% depuis 1999.
- Nous retenons donc toujours une incapacité de travail et de gain de 30% que des mesures d'ordre professionnel ne sont pas susceptibles d'améliorer de manière notable."

Dans un courrier du 27 janvier 2010 à l'OAI, la Dresse S._____ lui a indiqué que sa patiente n'avait pas encore pu être admise à [...] vu la surcharge de cet hôpital, et qu'elle était d'avis qu'il fallait attendre les observations qui se feraient en milieu hospitalier avant que l'AI ne rende une décision définitive.

L'assurée a fait part de son désaccord avec le projet de décision. Le 18 mars 2010, elle a en outre indiqué avoir été hospitalisée du 16 février au 3 mars 2010 à [...]. Le 15 juin 2010, l'intéressée, désormais représentée par l'avocat Laurent Damond, a communiqué ses observations à l'OAI. Elle a fait valoir que son état s'était péjoré et que sa situation devait être réévaluée en ce sens qu'une rente lui soit allouée. Elle a joint à cet envoi les pièces suivantes:

- un rapport médical de la Dresse S._____ du 7 juin 2010 à teneur duquel elle avait été hospitalisée du 16 février au 3 mars 2010 à [...], et décrivait depuis lors une humeur un peu meilleure mais souffrait d'une exacerbation des douleurs prédominant au bras gauche, son taux sérique étant dans les normes. Les diagnostics posés étaient ceux de troubles de l'humeur persistant (F34), de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et de trouble de la personnalité, personnalité émotionnellement labile (F60.3). Depuis l'hospitalisation, elle parvenait mieux à exprimer des sentiments de colère et semblait plus ouverte à une prise en charge en psychothérapie. Pour la Dresse S._____, l'incapacité de travail restait entière pour une durée indéterminée,
- un rapport médical du Dr B._____ du 2 juin 2010 selon lequel la patiente décrivait toujours d'importantes douleurs prédominants au bras gauche, avec le constat qu'il y avait peu de nouvelles possibilités thérapeutiques à proposer,
- un rapport d'hospitalisation du 9 mars 2010 de la Dresse T.A._____ de [...], selon lequel l'assurée avait été hospitalisée en admission volontaire dans cet hôpital du 16 février au 3 mars 2010 en raison d'une adaptation thérapeutique, observation et mise à l'abri des idées suicidaires. Les diagnostics posés étaient ceux d'épisode dépressif moyen avec symptômes somatiques (F32.11) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4).

Par avis médical du 20 juillet 2010, le Dr J._____ du SMR a constaté qu'il n'y avait pas de faits nouveaux ou d'aggravation des

problèmes de santé de l'assurée de façon durable, et qu'il maintenait sa position.

Par décision du 8 septembre 2010, l'OAI a confirmé son projet de décision. Par courrier du même jour, il a en outre précisé que le trouble somatoforme douloureux et le trouble dysthymique avaient déjà été retenus par le Dr R._____ dans son expertise de 2003, le rapport du COMAI retenant également le syndrome douloureux chronique et le trouble de l'humeur chronique avait été pris en compte par les experts dans le diagnostic de dysthymie F34.1 en précisant qu'il existait depuis 1999. Le trouble de la personnalité était qualifié de passif agressif de début indéterminé. Il n'y avait donc pas d'aggravation depuis l'expertise auprès du COMAI en août 2008.

C. Le 12 octobre 2010, F._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme en ce sens que l'OAI est tenu de lui verser des prestations correspondant à une rente entière, et subsidiairement à son annulation et au renvoi du dossier à l'office intimé pour instruction complémentaire. A titre de mesures d'instruction, elle requiert la mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire. En substance, elle fait valoir qu'elle a été hospitalisée à [...] du 2 février au 3 mars 2010, ce qui atteste l'aggravation de son état de santé. Elle estime dès lors qu'il convient de mettre en oeuvre une expertise pluridisciplinaire.

Dans sa réponse du 20 décembre 2010, l'OAI propose le rejet du recours.

Le 21 février 2011, la recourante a produit les rapports médicaux suivants:

- un rapport médical du Dr V.A._____ du 6 décembre 2010 selon lequel sa patiente faisait état d'une péjoration de son état de santé aux niveaux physique et psychologique, la situation ne s'étant pas améliorée depuis le séjour à [...], son incapacité de travail étant totale,

- le rapport médical de la Dresse S._____ du 7 juin 2010,
- un rapport médical du Dr B._____ du 15 octobre 2010, à teneur duquel la situation demeurait très difficile sur le plan psychique et douloureux, avec la précision qu'il n'avait pas écrit que la situation était stationnaire mais qu'il n'y avait pas eu d'amélioration malgré les traitements durant l'hospitalisation à [...], l'incapacité de travail étant entière,
- un rapport médical du Dr B._____ à son avocat du 26 novembre 2010, selon lequel la patiente était incapable de travailler dans une activité quelconque,
- un rapport médical de la Dresse S._____ du 24 janvier 2011, dans lequel elle a posé les diagnostics de troubles de l'humeur persistant (F34), de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et de trouble de la personnalité, sans précision (F60.9), l'incapacité de travail étant totale dans la précédente activité, une mobilisation par une ergothérapie spécialisée pouvant apporter une réponse à la question de savoir quel serait son taux d'incapacité dans une activité adaptée. Pour cette médecin, la situation s'était péjorée depuis 2004, année à partir de laquelle la recourante l'avait consultée de manière irrégulière. La Dresse S._____ notait enfin ce qui suit: "Sa souffrance reconnue par une rente laisse espérer qu'elle se sente comprise et entendue, ce qui pourrait, par la suite, l'aider à s'engager dans des mesures réhabilitatives".

Le 21 mars 2011, l'intimé a produit un avis médical du Dr J._____ du SMR du 14 mars 2011 auquel il a déclaré se rallier. Selon ce dernier, aucun des trois médecins (Drs S._____, B._____ et V.A._____) ne rendaient plausible une aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis le dernier COMAI, l'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique décrit durant le séjour à [...] n'étant pas de nature à justifier une incapacité de travail durable.

Le 7 juin 2012, le juge instructeur a fait savoir aux parties que la cause lui paraissait en état d'être jugée et que sur la base d'une appréciation anticipée des preuves, il ne pensait pas que l'expertise

demandée par le conseil de la recourante soit nécessaire pour statuer sur le recours.

E n d r o i t :

1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 95 LPA-VD) et respecte les autres conditions de recevabilité. Il convient donc d'entrer en matière.

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

b) Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'évaluation de la capacité de travail à laquelle l'office intimé a procédé.

3. a) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

- Sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles;
- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable;
- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demie rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quart de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière pour un taux d'invalidité de 70% au moins.

Par ailleurs, l'art. 29 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, prévoyait que le droit à la rente prenait naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré avait présenté (a) une incapacité de gain durable de 40% au moins (art. 7 LPGA), ou (b) une incapacité de travail de 40% au moins, en moyenne, pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA) (RO 1987 p. 449).

b) L'art. 8 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 al. 1 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Ces dispositions, tant dans leur teneur en vigueur du 1^{er} janvier au 31 décembre 2003 (RO 2002 pp. 3372 ss.) que dans celle en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 p. 3854), reprennent matériellement les dispositions de la LAI qui régissaient la matière jusqu'à l'entrée en vigueur de la LPGA, le 1^{er} janvier 2003 (ATF 130 V 343 consid. 3). Dans le même sens, l'art. 7 al. 2 LPGA, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2008, n'a pas modifié les notions d'incapacité de travail, d'incapacité de gain ni d'invalidité (cf. ATF 135 V 215 consid. 7). Sur le fond, la définition de l'invalidité est restée la même.

Elle implique, pour établir le taux d'invalidité des personnes qui exerceraient une activité lucrative à plein temps si elles n'étaient pas atteintes dans leur santé, de comparer le revenu qu'elles pourraient obtenir dans cette activité ("revenu hypothétique sans invalidité") avec celui qu'elles pourraient obtenir en exerçant une activité raisonnablement exigible, le cas échéant après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré ("revenu d'invalidé"); c'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.4).

c) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI [Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961, RS 831.201] tel qu'en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, actuellement art. 87 al. 2 et 3 RAI). Cette exigence 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 et 117 V 198 consid. 4b). 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 371 consid. 2b; TF I 716/2003 du 9 août 2004, consid.4.1).

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 (tel qu'en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011) et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2b; TF 9C_970/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.2).

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 108 consid. 2b; TF 9C_970/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.2). Dans une telle situation, il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité 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 et 130 V 75 consid. 3.2).

4. En l'occurrence, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations AI déposée le 17 octobre 2007 par la recourante. Il convient dès lors d'examiner si son état de santé s'est modifié depuis la décision sur opposition du 26 avril 2005, confirmée par jugement du 15

janvier 2007, dans une mesure propre à justifier une modification de ses prestations AI.

5. a) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, 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 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 soient bien motivées (ATF 125 V 352 consid. 3).

b) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le Tribunal fédéral a notamment précisé qu'il n'y avait pas lieu de mettre en doute la valeur probante d'une expertise réalisée dans un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI), conformément à l'art. 44 LPGA, au seul motif que celui-ci était lié par un contrat-cadre avec l'Office fédéral des assurances sociales et fréquemment mandaté par les offices de l'assurance-invalidité (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3, 2.3, 3.4.2.7; cf. également ATF 136 V 376). Il a par ailleurs considéré que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un Service médical régional de l'assurance-invalidité était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants

figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en oeuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 cité, consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lient à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

c) L'art. 61 let. c LPGA prescrit au juge d'établir les faits avec la collaboration des parties et d'administrer les preuves nécessaires. Par ailleurs, la jurisprudence a déduit de l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, RS 101), notamment, le droit pour le justiciable d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes (ATF 132 V 368 consid. 3.1). Ces dispositions ne confèrent cependant pas au justiciable un droit absolu à ce qu'un témoin soit entendu ou une expertise judiciaire effectuée. Le juge peut mettre un terme à l'instruction lorsqu'en se fondant sur une appréciation anticipée des preuves qui lui sont proposées, il parvient à la conclusion que celles-ci ne portent pas sur les faits pertinents ou ne seraient pas déterminantes, selon toute vraisemblance, pour constater ces faits (cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3; TF 8C_118/2011 du 9 novembre 2011, consid. 4.2.1 et 9C_66/2011 du 4 octobre 2011, consid. 3.3).

6. a) Au plan neurologique, les médecins de la Clinique de Réadaptation de [...] ont constaté que l'examen neurologique était normal (cf. rapport médical du 21 septembre 1999). Dans la mesure où sa patiente se plaignait d'une aggravation des céphalées, alors même que l'examen neurologique était inchangé et qu'il n'y avait notamment pas de signe d'hypertension intracrânienne au fond de l'oeil, le Dr B._____, neurologue traitant, a demandé une IRM cérébrale (cf. courrier du Dr B._____ du 22 octobre 2008). Selon le rapport d'IRM cérébrale du 13 novembre 2008, il n'y avait pas de lésion significative de la substance blanche, ni de lésion vasculaire cérébrale, ni d'argument en faveur d'une

lésion focale cérébrale. Le Dr B. _____ a ainsi confirmé la normalité de l'IRM cérébrale pratiquée le 13 novembre 2008 dans son courrier du 17 décembre 2008. A cette occasion, il a également relevé qu'il suspectait des céphalées sur abus médicamenteux se surajoutant aux céphalées primaires. Dans son rapport médical du 21 octobre 2009, il a du reste proposé un sevrage de tous les antalgiques. Le Dr B. _____ a par ailleurs observé que sa patiente décrivait d'importantes douleurs prédominantes au bras gauche (rapport médical du 2 juin 2010). Or, ainsi qu'on le verra ci-après (cf. consid. 6c infra), les expertises ont mis en évidence que ces douleurs s'inscrivaient dans le cadre d'un trouble somatoforme douloureux.

Les constatations du Dr B. _____ ne sont au demeurant pas nouvelles: déjà dans leur rapport de sortie du 21 septembre 1999, les médecins de la Clinique de Réadaptation de [...] relevaient un trouble de la sensibilité touchant le bras gauche, lequel ne répondait à aucune atteinte neurologique et était très probablement d'origine douloureuse. Les constatations du Dr B. _____ sont également superposables à celles des experts du CEMed, qui ont également relevé que la recourante se plaignait de présenter des céphalées.

Finalement, le Dr B. _____ ne s'est jamais prononcé sur la capacité de travail de sa patiente au plan neurologique, sinon dans ses rapports médicaux des 15 octobre 2010 et 26 novembre 2010, postérieurs à la décision attaquée et produits par la recourante en instance de recours. Ce médecin a alors estimé que l'incapacité de travail était totale, sans motiver son appréciation. Si le Dr B. _____ se défend dans son rapport médical du 15 octobre 2010 d'avoir écrit que la situation était stationnaire, il ne fait pour autant pas état d'une péjoration.

Il convient enfin de constater, avec le Dr J. _____ (cf. avis médical du SMR du 14 janvier 2010), que le sevrage médicamenteux proposé par le Dr B. _____ ne constitue effectivement pas une source d'empêchements durables de la recourante à l'intégration au monde de l'économie, et que celle-ci ne présente dès lors pas au plan neurologique

d'aggravation de son état de santé propre à modifier son droit éventuel à des prestations de l'Al.

b) En ce qui concerne l'état de santé physique de la recourante, le Dr L._____, qui avait fonctionné en qualité d'expert judiciaire dans le cadre de l'instruction de la première demande de prestations de la recourante, avait posé dans son rapport d'expertise du 16 novembre 2006 le diagnostic de douleurs ubiquitaires de la musculature et du squelette dans un contexte de syndrome douloureux persistant et de discopathies discrètes du rachis lombaire. Il avait noté que l'examen clinique était difficile à interpréter, marqué principalement par des signes de surcharge comportementaux, alliant exagération de la réponse verbale, opposition active et mouvements de contre-pulsions non reproductibles en fonction de son degré d'attention et du fait qu'elle était observée ou non. Il n'avait constaté aucune limitation fonctionnelle objectivable; il n'y avait ni arthrite, ni synovite, ni amyotrophie, ni troubles neuroradiculaires reproductibles au-delà d'une hypoesthésie hémicorporelle droite sans respect radiculaire. Pour l'expert L._____, ni le status, ni les examens paracliniques ne permettaient d'expliquer la globalité des symptômes présentés par l'assurée, leurs localisations, leur intensité et leur retentissement sur son fonctionnement actuel. Il avait estimé que du point de vue rhumatologique, la capacité de travail de la recourante était entière dans n'importe quel domaine d'activité. Le Tribunal des assurances avait jugé qu'il convenait de se référer au rapport d'expertise du Dr L._____ et avait ainsi retenu une capacité de travail entière dans n'importe quel domaine.

La Dresse W._____ ayant attesté une péjoration de l'état de santé de la recourante et diagnostiqué des lombosciatalgies bilatérales avec claudication sur canal lombaire dégénératif, cette dernière a été soumise à un examen pluridisciplinaire, comportant notamment un examen somatique. Sur ce plan, le Dr M._____ a relevé que la recourante se plaignait de douleurs multiples et variées à la suite d'un accident pouvant être qualifié de banal. Or les investigations ne mettaient en évidence aucune lésion anatomique susceptible d'expliquer ce tableau,

l'examen clinique étant surtout caractérisé par une discordance entre les plaintes subjectives et les constatations objectives, en relevant qu'il n'avait notamment aucune anamnèse ni signe objectif suggestif d'une claudication neurogène. Pour ce spécialiste, il existait incontestablement une dissociation importante entre l'importance des plaintes, les observations objectives à l'insu de la patiente et l'examen clinique proprement dit. Pour lui, comme pour le Dr L._____, il n'y avait aucune justification à une incapacité de travail prolongée.

Il convient de reconnaître une pleine valeur probante à l'expertise du CEMed: celle-ci repose en effet sur une connaissance approfondie du dossier de la recourante, sur des examens complets de cette dernière, dont les plaintes ont au demeurant été prises en compte, et est exempte de contradictions. Certes le Dr V.A_____ a écrit à l'avocat de la recourante le 6 décembre 2010 que celle-ci faisait état notamment d'une péjoration au niveau physique et estimait que la situation ne s'était de loin pas améliorée depuis son séjour à [...]. Le médecin traitant n'a pourtant pas fait état de sa propre appréciation, mais s'est limité à reprendre les déclarations de sa patiente. L'avis du Dr V.A_____ n'est donc pas propre à remettre en cause les conclusions de l'expertise du CEMed.

Dans ces circonstances, il convient de constater que la recourante ne présente pas d'aggravation de son incapacité de travail au plan somatique.

c) Sur le plan psychiatrique, le Dr R._____ avait diagnostiqué dans son rapport d'expertise du 4 juillet 2003 un trouble dysthymique et un trouble somatoforme indifférencié sur l'axe I, et, sur l'axe II, un comportement passif-agressif. Dans le cadre de son examen, il avait constaté que le tableau clinique semblait superposable à celui décrit dans les différents rapports au dossier, en ce sens que ressortaient des discordances entre les plaintes de l'expertisée et les constatations objectives. Il évoquait également un trouble somatoforme indifférencié avec, probablement, majoration volontaire des symptômes, notant en

outre que durant l'expertise, la recourante avait eu un comportement de type passif-agressif. Ce spécialiste était d'avis que la capacité de travail d'un point de vue psychiatrique était de 70% dans toute activité adaptée à la motivation de l'expertisée, à ses qualifications professionnelles et à ses éventuelles limitations somatiques objectives. Dans son jugement du 15 janvier 2007, le Tribunal des assurances s'était référé à ce rapport d'expertise, pour retenir que la recourante présentait une capacité de travail de 70% au moins dans toute activité.

Le Dr B. _____ ayant noté dans son certificat médical du 9 novembre 2007 que l'état de sa patiente s'était aggravé, avec notamment une augmentation du syndrome douloureux, l'intimé a confié une expertise au CEMed. Dans ce cadre, le Dr G. _____ a posé les diagnostics de syndrome douloureux chronique sans substrat anatomique susceptible de l'expliquer assimilable à une fibromyalgie, de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) depuis 1999, de dysthymie (F34.1) depuis 1999 et de personnalité passive et agressive (F60.8) de début indéterminé, seul ce diagnostic ayant un effet sur la capacité de travail. Ce spécialiste a constaté que les plaintes subjectives étaient beaucoup plus importantes que les constatations objectives, l'absence de comportement algique contrastant avec les douleurs alléguées. Il a constaté l'absence d'élément en faveur d'une aggravation de son état psychique. Pour lui, la capacité de travail était complète, mais l'on pouvait s'attendre à une diminution de rendement de 20% en raison de l'absentéisme.

Finalement, sous réserve du diagnostic de personnalité passive agressive avec effet sur la capacité de travail, dont le Dr R. _____ faisait au demeurant déjà état dans son rapport d'expertise du 4 juillet 2003, le Dr G. _____ n'a pas constaté de péjoration de l'état de santé de la recourante au plan psychiatrique. Comme le volet somatique de l'expertise du CEMed, le volet psychiatrique doit également se voir reconnaître pleine valeur probante: l'appréciation du Dr G. _____ repose sur un entretien avec la recourante et l'examen des pièces médicales figurant à son dossier. Ce spécialiste a posé une anamnèse détaillée,

relevant également les plaintes exprimées par l'intéressée. Dans ces conditions, il convient de constater l'absence de péjoration de l'état de santé de cette dernière au plan psychiatrique.

Certes, la Dresse S._____ a indiqué le 29 octobre 2009 que la recourante l'avait consultée en raison d'une aggravation de ses symptômes. Elle ne fait pourtant pas état dans ce courrier de maladie psychiatrique nouvelle, mais uniquement d'une modification des plaintes subjectives de sa patiente. Quant au sevrage médicamenteux proposé, il faut rappeler ici qu'il ne constitue pas une source d'empêchements durables. Du reste, la Dresse S._____ a relevé dans son rapport médical du 7 juin 2010 faisant suite à l'hospitalisation du 16 février au 3 mars 2010 de la recourante à [...] que celle-ci décrivait une humeur un peu meilleure, présentait un taux sérique dans les normes et semblait plus ouverte à une prise en charge thérapeutique. Si la psychiatre traitant a certes fait état d'une exacerbation des douleurs prédominant au bras gauche, il ne s'agit pas là d'un élément nouveau, ainsi qu'on l'a vu (cf. let. b supra). La psychiatre traitant ne fait du reste pas état de maladie ou d'affection psychiatrique nouvelle, son appréciation de l'incapacité de travail étant peu motivée et pas de nature à s'écarter de celle arrêtée par les experts du CEMed. En particulier, les diagnostics de trouble somatoforme et de trouble dysthymique avaient déjà été retenus par le Dr R._____. Le rapport du COMAI retenait également le syndrome douloureux chronique assimilable à une fibromyalgie. Quant au trouble de l'humeur chronique, il était pris en compte par les experts du COMAI dans le diagnostic de dysthymie (F34.1), avec la précision qu'il existait depuis 1999. S'agissant enfin du trouble de la personnalité, il était qualifié de passif et agressif de début indéterminé par les experts du COMAI. L'avis médical du Dr J._____ du 20 juillet 2010 qui constate ce qui précède peut donc être suivi.

Quant au rapport du Dr K.A._____ du 25 octobre 2009, ainsi que l'observe à juste titre le Dr J._____ (cf. avis médical du 14 janvier 2010), ses descriptions reposent sur des éléments subjectifs verbalisés par

l'assurée, le tableau clinique étant similaire à celui relevé par les experts du COMAI.

S'agissant du rapport d'hospitalisation à [...] du 9 mars 2010, il ne retient pas de faits nouveaux ni ne fait état d'une aggravation de l'état de santé durable, l'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique décrit durant le séjour à [...] n'étant pas de nature à justifier une incapacité de travail durable, ainsi que le retient le Dr J. _____ dans son avis médical du 14 mars 2011.

Finalement, dans son rapport médical du 24 janvier 2011, la Dresse S. _____ reprend les diagnostics déjà posés (notamment dans son courrier du 7 juin 2010). Elle fait état d'une péjoration, sans toutefois préciser à quelle date celle-ci serait intervenue, alors que la recourante la consulte de manière irrégulière depuis 2004. Or, le juge des assurances sociales apprécie généralement la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1b et les références), les faits survenus postérieurement et qui ont modifié cette situation devant normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et 117 V 293 consid. 4).

Dans ces circonstances, on retiendra que l'état de santé de la recourante ne s'est pas non plus péjoré au plan psychiatrique.

d) Finalement, c'est à bon droit que l'intimé a considéré dans la décision attaquée que l'état de santé de la recourante ne s'était pas modifié depuis la décision sur opposition du 26 avril 2005, confirmée par jugement du 15 janvier 2007, dans une mesure propre à justifier une modification de ses prestations AI.

7. Il ressort de ce qui précède que les documents médicaux au dossier sont suffisants pour statuer. Du reste, c'est à juste titre que l'intimé a mis en oeuvre une expertise pluridisciplinaire en l'espèce, qui a permis d'obtenir une description de l'ensemble des atteintes à la santé de la recourante. Il convient ainsi de rejeter la requête d'expertise

pluridisciplinaire (cf. "appréciation anticipée des preuves"; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence).

8. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

La recourante ne peut prétendre de dépens (art. 61 let. g LPGA; 55 al. 1 LPA-VD) et supportera les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI; 49 al. 1 LPA-VD), fixés en l'espèce à 400 francs.

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

I. Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition rendue le 8 septembre 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais de justice sont fixés à 400 fr. (quatre cents francs) et mis à la charge de la recourante.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Laurent Damond (pour F. _____),
- 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 :