

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 octobre 2011

Présidence de Mme PASCHE
Juges : Mme Röthenbacher et Mme Moyard, assesseur
Greffière : Mme Barman

Cause pendante entre :

M._____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Anne-Sylvie Dupont, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI; 87 al. 3 et 4 RAI

E n f a i t :

A. M. _____ (ci-après: l'assurée), née en 1961, sans formation professionnelle, a travaillé comme femme de ménage jusqu'en décembre 2000. Souffrant d'une hernie discale et d'arthrose depuis le début de l'année 2000, elle a déposé le 15 février 2002 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) tendant à l'octroi d'une rente.

Procédant à l'instruction de la demande de prestations de l'assurée, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) a confié une expertise rhumatologique au Dr P. _____, spécialiste FMH en rhumatologie. Dans son rapport du 5 juin 2003, l'expert a posé le diagnostic affectant la capacité de travail de syndrome somatoforme douloureux persistant s'exprimant sous forme de douleurs ubiquitaires à point de départ cervico-lombaire. Il a estimé que la capacité de travail de l'assurée, d'un point de vue strictement ostéo-articulaire somatique, était de 85% dans un travail de femme de chambre. Par contre, dans une activité adaptée, sans sollicitation du rachis et des quatre extrémités, évitant les positions en porte-à-faux au niveau du rachis lombaire, le port de charge lourde et les mouvements répétitifs des bras, la capacité de travail était jugée comme complète. Ce praticien a préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, afin de déceler une possible comorbidité psychiatrique.

L'expertise psychiatrique a été réalisée par le Dr L. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Son rapport établi le 16 juillet 2004 retenait le diagnostic d'état dépressif majeur de gravité légère à moyenne sans trouble majeur de la personnalité prémorbide. L'expert était d'avis que l'assurée disposait d'une capacité résiduelle de travail de 70% dans une activité adaptée, pour des motifs strictement psychiatriques.

L'OAI a sollicité l'avis de son service médical régional (ci-après: SMR), lequel a considéré ce qui suit, dans un rapport du 24 août 2004:

"Il s'agit d'une assurée ayant travaillé comme femme de ménage, présentant depuis l'an 2000 de nombreux arrêts de travail, liés essentiellement à une symptomatologie de douleurs ubiquitaires à points de départ cervico-lombaires. L'expertise somatique rhumatologique du Dr P._____ ne met en évidence aucune altération du système osseux articulaire et musculaire. Les RX sont normales, si l'on excepte une petite protrusion discale banale L4-L5. Les traitements entrepris par un orthopédiste puis par une anesthésiste n'ont pas eu d'effet. Le rhumatologue nous indiquant un trouble somatoforme douloureux, nous avons fait procéder à une expertise psychiatrique chez le Dr L._____. Celui-ci retient comme diagnostic un épisode dépressif majeur de gravité légère à moyenne sans autre diagnostic particulier, notamment pas de trouble somatoforme douloureux mais une somatisation plus subjective qu'objective. Cependant, devant la durée des symptômes, leur inadéquation à la situation physiologique et leur durée, nous retenons tout de même le diagnostic de trouble somatoforme douloureux.

Dans cette perspective, nous constatons que cette assurée ne présente pas de personnalité à traits prémorbides, que la comorbidité psychiatrique est une dépression peu importante, qui justifie une incapacité de travail de 30% tout au plus, en elle-même. Il n'existe pas d'affection corporelle chronique, il n'y a pas de perte d'intégration sociale au sens où l'assurée se dit très occupée toute la journée et n'a pas perdu son ancrage dans la société. Nous retiendrons tout de même un éventuel profit tiré de la maladie, sous forme de bénéfice escompté de la part des assurances, le caractère chronique de la pathologie. Il n'existe pas d'échec formel des traitements, puisqu'ils n'ont pas été conformes aux règles de l'art et se sont bornés à un traitement local, qui évidemment ne pouvait être d'aucun effet.

En revanche, il existe une forte divergence entre les douleurs décrites et les comportements observés, cela étant particulièrement mis en évidence dans l'expertise du Dr P._____. L'allégation d'intenses douleurs à caractéristiques vagues est également présente. Enfin, les plaintes sont démonstratives mais ne donnent pas l'impression de toucher les experts.

Nous retenons donc uniquement une incapacité de travail de 30%, sous forme de baisse de rendement, liée à l'épisode dépressif. Il est à noter que celui-ci pourrait s'amender et le rendement pourrait redevenir normal. Il n'existe pas de contre-indication aux métiers exercés jusqu'alors et une réadaptation n'améliorerait pas la capacité de travail."

Par décision du 15 septembre 2004, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, au motif qu'elle ne présentait aucune atteinte

à la santé invalidante, au plan somatique comme au plan psychique. Cette décision n'a pas fait l'objet d'un recours.

B. Le 20 février 2007, M. _____ a présenté une nouvelle demande de prestations AI, sollicitant l'octroi d'une rente. Elle indiquait que ses atteintes à la santé existaient depuis 2000 et se présentaient sous forme de fibromyalgie, de troubles douloureux et d'arthrose.

Par courrier du 8 mars 2007, l'OAI lui a fait savoir qu'il considérait sa demande du 20 février 2007 comme une nouvelle demande, au sens de l'art. 87 RAI, en précisant qu'elle ne pouvait être examinée que s'il était établi de façon plausible que l'invalidité ou l'impuissance s'était modifiée de manière à influencer ses droits. Un délai de trente jours lui a été imparti pour rendre plausible la modification de son degré d'invalidité, faute de quoi une décision de non-entrée en matière lui serait notifiée.

L'assurée a produit le 5 avril 2007 un courrier de la Dresse D. _____, spécialiste FMH en anesthésiologie, traitement de la douleur, du 29 mars 2007, aux termes duquel les douleurs s'étaient généralisées durant les deux dernières années, la patiente se plaignant de fatigue, d'envie de dormir dans la journée, de ne pas s'endormir le soir et de se réveiller plusieurs fois pendant la nuit. Cette praticienne avait alors demandé des tests de laboratoire afin de pouvoir diagnostiquer un syndrome de fatigue chronique et une fibromyalgie. Ces tests avaient révélé une dysfonction de la glande thyroïde ainsi que du foie et des reins, une réactivation des virus Epstein-Barr et cytomagalovirus. Les valeurs IGF1 ("insuline like growth factor") et IGF-BP3 ("insuline growth factor binding protein") étaient diminuées, ce qui laissait penser à un syndrome de fatigue chronique faisant souvent partie de la fibromyalgie. La Dresse D. _____ retenait que l'évolution de la maladie de sa patiente démontrait clairement l'aggravation de son état général, sans espoir de voir une amélioration.

Dans un avis du 16 avril 2007, le Dr Q._____, du SMR, a pris position et considéré qu'aucun élément objectif témoignant d'une aggravation ne figurait dans le courrier de la Dresse D._____.

Le 16 avril 2007, l'OAI a rendu une décision de refus d'entrer en matière, l'assurée ne faisant valoir aucun fait nouveau. Cette décision n'a pas fait l'objet d'un recours.

C. Le 30 mars 2009, M._____ a déposé une troisième demande de prestations AI, précisant souffrir d'arthrose, de troubles douloureux diffus et d'un état dépressif depuis 2000. Elle a indiqué, dans le formulaire 531 bis transmis par l'OAI, que si elle était en bonne santé, elle travaillerait par nécessité financière à 100% comme femme de ménage ou dans la restauration.

Procédant à l'instruction de la demande de prestations, l'OAI a requis les médecins traitants de lui adresser un rapport médical.

Dans un rapport du 15 mai 2009, le Dr S._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a diagnostiqué des cervicalgies chroniques avec troubles statiques, des brachialgies bilatérales avec douleurs irradiant des épaules aux mains, des lombalgies chroniques sur hyperlordose lombo-sacrée et des gonalgies chroniques bilatérales. Le pronostic était "très très réservé" et l'on ne pouvait s'attendre à aucune amélioration de la capacité de travail, celle-ci étant nulle depuis le 21 juin 2000.

Le 22 juin 2009, la Dresse D._____ a fait état de fatigue chronique et de douleurs chroniques, précisant que ces dernières étaient d'abord régionales (épaules et dos) puis s'étaient propagées ces dernières années dans le corps entier. Elle constatait également des vertiges, des insomnies, des troubles cognitifs, des troubles digestifs et plusieurs allergies, qui rendaient difficile les travaux quotidiens dans son ménage. Elle énonçait un pronostic défavorable pour cette patiente dont l'état de santé était en nette détérioration depuis une année.

Dans un rapport du 3 juillet 2009, la Dresse E._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, laquelle dispensait un traitement à l'assurée depuis le 5 juillet 2007, a attesté une incapacité de travail totale dès cette date. Elle a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode moyen avec syndrome somatique (F33.11) et trouble somatoforme douloureux (F45.4), existant depuis 2000. En raison des difficultés de concentration et d'attention, de la fatigue et des douleurs chroniques, l'activité habituelle de l'assurée n'était plus exigible et aucune amélioration n'était à attendre.

Analysant les pièces médicales dans un avis du 27 juillet 2009, le Dr R._____, du SMR, a relevé que le syndrome somatoforme douloureux persistant et le trouble dépressif de gravité légère à moyenne avaient été pris en compte par le SMR en août 2004, dans le cadre de la première demande. Il constatait que la Dresse E._____ attestait d'une évolution de l'état clinique stationnaire depuis la prise en soin à [...], que les diagnostics, tout comme l'exigibilité, étaient inchangés du point de vue psychiatrique, et que la Dresse D._____ faisait état de douleurs chroniques et d'une fatigue chronique, éléments déjà pris en compte dans le trouble somatoforme connu de longue date par l'OAI. Le Dr R._____ concluait qu'aucun des éléments objectifs versés au dossier n'était convainquant d'une aggravation de l'état de santé et qu'il n'existait aucun fait nouveau depuis la dernière décision de l'OAI.

Le 18 septembre 2009, l'OAI a notifié à l'assurée un préavis (projet de décision) lui refusant le droit à une rente d'invalidité, au motif qu'elle disposait d'une capacité de travail de 100%, avec une baisse de rendement de 30%, dans son activité habituelle. Par communication du même jour, l'OAI informait l'assurée que les conditions du droit au placement étaient remplies.

L'assurée s'est opposée au projet de décision par courrier du 12 octobre 2009, faisant valoir que les médecins traitants s'accordaient à dire que son état de santé ne lui permettait pas d'assumer une activité

fixe, en tout cas à plein temps. Elle requérait le réexamen de son dossier et la mise en œuvre d'une expertise médicale, précisant au surplus s'opposer à la proposition de mesures de placement.

Par écriture complémentaire du 12 février 2010, l'assurée, désormais représentée par Me Anne-Sylvie Dupont, a relevé que les renseignements médicaux figurant au dossier dataient de plus de six ans et qu'il se justifiait de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire. Elle produisait une attestation médicale de la Dresse E. _____ du 22 janvier 2010 ainsi qu'un courrier de la Dresse D. _____ du 5 février 2010. La psychiatre traitante attestait que l'évolution de l'état de santé de sa patiente était marquée depuis 2008 par une aggravation des douleurs, devenues chroniques et généralisées. La Dresse D. _____ relevait que l'expertise du Dr P. _____ concluait à un syndrome somatoforme chronique, égal à la fibromyalgie, en précisant notamment ce qui suit:

"Depuis quelques années, les recherches médicales ont prouvé que la fibromyalgie est une maladie inflammatoire, elle peut être traitée et guérie. D'ailleurs, on ne parle plus dans la littérature mondiale de fibromyalgie mais d'un Central Sensitif Syndrom. Ceci englobe tous les syndromes comme par exemple, syndrome myofascial, colon irritable, syndrome fatigue chronique, et les autres, parce que leur pathophysiologie est la même.

L'expertise psychiatrique est un peu plus claire. Je ne pense pas que Madame M. _____ puisse bénéficier d'un reclassement professionnel, mais aussi d'un traitement voire son niveau socio-culturel.

Vous me demandez en quoi l'état de santé de Madame M. _____ s'est aggravé. Dans le cas de Central Sensitif Syndrom, il y a une dégradation constante de l'état inflammatoire général et cérébral (il a été démontré par les IRM cérébrales les plaques dégénératives, lesquelles ont trouvé également dans la maladie de Alzheimer). Donc, sans un traitement adéquat, on ne peut pas envisager une quelconque amélioration. Les douleurs vont s'aggraver ainsi que la fatigue et surtout les problèmes cognitifs."

Dans un avis SMR du 18 mai 2010, le Dr R. _____ a estimé que la Dresse D. _____ semblait justifier son appréciation sur l'incapacité de travail de l'assurée à bénéficier d'un reclassement professionnel par le niveau socioculturel de cette dernière, élément qui ne ressortait pas de la sphère médicale. Il relevait en outre que cette praticienne se prononçait

sur l'aggravation de l'état de santé de façon générale dans le cadre d'un central sensitif syndrom, lorsqu'elle retenait une dégradation constante de l'état inflammatoire général et cérébral. Selon lui, cette théorie ne pouvait s'appliquer au cas de l'assurée, aucun élément d'aggravation clinique objective n'ayant été clairement identifié et précisé avec souci du détail dans les pièces médicales versées au dossier depuis le dernier avis SMR.

Par décision du 28 octobre 2009 [recte: 22 octobre 2010], l'OAI a intégralement confirmé son projet de décision. La motivation correspondait en tous points à celle du préavis du 18 septembre 2009. Il joignait à son envoi une lettre d'accompagnement datée du 22 octobre 2010 et l'avis SMR du 18 mai 2010 sur la base duquel il avait fondé sa décision.

D. L'assurée, représentée par son conseil, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision par acte de son mandataire du 24 novembre 2010, en concluant, sous suite de dépens, à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière de l'AI, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause pour complément d'instruction. En substance, elle fait valoir que son état de santé s'est aggravé depuis les expertises réalisées en 2003 et 2004 par le Dr P._____, respectivement le Dr L._____, comme l'attestent les différents rapports de ses médecins traitants, ainsi que le rapport d'IRM du 23 mars 2010 qui montre la progression de la protrusion discale en L4-L5 et révèle l'apparition de spondylarthrose en L3-L4 et L5-S1. Elle énonce, sur le plan physique, l'apparition d'arthrose, d'arthrite, de troubles du métabolisme et de vertiges. Sur le plan psychique, elle explique que son état dépressif est aujourd'hui moyen, alors qu'il était léger en 2004, et note l'apparition vraisemblable d'un trouble anxieux. Elle relève ainsi que l'intimé ne pouvait valablement se prononcer sur l'aggravation de son état de santé sans mettre en œuvre une expertise.

Par décision du 17 décembre 2010 du Bureau de l'assistance judiciaire, l'assurée a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 11 novembre 2010, l'octroi de dite assistance étant subordonnée

au paiement d'une contribution mensuelle de 50 fr. dès et y compris le 1^{er} janvier 2011.

Selon liste intermédiaire du 27 janvier 2011, le conseil de la recourante a reçu le versement de 991 fr. 20, TVA comprise.

Dans sa réponse du 7 février 2011, l'OAI propose le rejet du recours. Il relève qu'au travers de ses avis médicaux, le SMR a expliqué de manière convaincante les raisons pour lesquelles il n'y avait pas lieu de retenir une aggravation de l'état de santé de la recourante. Il indique se rallier à l'avis SMR du 24 janvier 2011, qu'il joint en annexe, et dont la teneur est la suivante:

"Les pièces médicales du recours, datées antérieurement à 2010, étaient en connaissance du SMR lors de la rédaction de cet avis.

Le compte rendu d'IRM du 23.03.2010 retient bien une protrusion discale lombaire qui était non seulement déjà signalé en 2005 mais aussi dans l'examen du 3 juin 2000 (Expertise P. _____ 05.06.2003 page 6). Cette image sur l'IRM est qualifiée d'en discrète progression par le radiologue. Aucune hernie discale, ni souffrance médullaire ou radiculaire n'est évoquée. Les médecins de l'assurée n'avancent d'ailleurs aucune élément clinique objectif convaincant d'une aggravation durable de l'état de santé somatique ou psychique susceptible de modifier l'exigibilité retenue lors des précédentes instructions. Nous maintenons donc notre position."

Par réplique du 3 mars 2011, la recourante reproche à l'intimé de limiter les nouvelles atteintes invalidantes au problème de protrusion discale et de passer sous silence l'augmentation de la prise de médicament depuis 2004 ainsi que ses troubles métaboliques. Elle confirme pour le surplus ses conclusions du 24 novembre 2010 et maintient sa requête d'expertise pluridisciplinaire.

Dans sa duplique du 21 mars 2011, l'OAI maintient sa position.

E n d r o i t :

1. **a)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances sociales 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 (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. En l'espèce, la décision litigieuse du 28 octobre 2009 a été indexée le 22 octobre 2010, date figurant également sur la lettre d'accompagnement adressée par l'OAI à la recourante. Il convient dès lors d'admettre que la date de la décision est erronée et que celle-ci a été notifiée le 22 octobre 2010, ce que les parties ne contestent au demeurant pas. Partant, le recours du 24 novembre 2010 a été interjeté en temps utile et est donc recevable.

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

b) Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé l'OAI à la suite de la nouvelle demande du 30 mars 2009, singulièrement sur le point de savoir si le dossier médical permettait à l'intimé de nier le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité.

3. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée; elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (4 al. 1 *in fine* LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). 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). L'incapacité de travail se définit 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 (art. 6 LPGA). 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 (art. 28 LAI).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2; 9C_519/2008 du 10 mars 2009

consid. 2.1; I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3; I 778/05 du 11 janvier 2007, consid. 6.1).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1; 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

4. a) 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 du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201]). 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; 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 716/03 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 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).

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 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; 130 V 75 consid. 3.2).

5. En l'occurrence, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations de la recourante. Après avoir examiné les pièces médicales versées au dossier, particulièrement les avis du SMR des 27 juillet 2009 et 18 mai 2010, il a considéré que le degré d'invalidité ne

s'était pas modifié au point d'influencer le droit aux prestations. Pour sa part, la recourante fait valoir une péjoration de son état de santé, sur le plan somatique comme sur le plan psychique, laquelle justifie la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

a) La décision initiale constatait l'absence d'atteinte à la santé invalidante, tant du point de vue physique que psychique. Elle était essentiellement fondée sur l'expertise rhumatologique du 5 juin 2003 du Dr P._____ et l'expertise psychiatrique du 16 juillet 2004 du Dr L._____. Les diagnostics posés étaient un syndrome somatoforme douloureux persistant s'exprimant sous forme de douleurs ubiquitaires à point de départ cervico-lombaires et un état dépressif majeur de gravité légère à moyenne sans trouble majeur de la personnalité prémorbide. Le Dr P._____ estimait que, du point de vue strictement ostéo-articulaire somatique, la profession préalable de l'assurée (femme de ménage) pouvait être exercée à 85% et qu'une capacité de travail complète était possible dans une activité adaptée (sans sollicitation du rachis et des quatre extrémités, évitant les positions en porte-à-faux au niveau du rachis lombaire, le port de charge lourde et les mouvements répétitifs des bras). Le Dr L._____ était d'avis que l'assurée disposait d'une capacité résiduelle de travail de 70% dans une activité adaptée, pour des motifs strictement psychiatriques. Aux termes du rapport du SMR du 24 août 2004, il n'existait pas d'affection corporelle chronique, ni d'échec formel des traitements, et il n'y avait pas de perte d'intégration sociale; il apparaissait une comorbidité psychiatrique justifiant une incapacité de travail de 30%, sous forme de baisse de rendement.

Partant, l'OAI a exposé que la recourante ne présentait pas d'atteinte invalidante du point de vue purement somatique et que le trouble somatoforme douloureux - s'il pouvait justifier une incapacité de travail de 30% - ne remplissait pas les critères posés par la jurisprudence pour être considéré comme invalidant.

b) La décision litigieuse retient que l'état de santé de la recourante ne s'est pas modifié dans le sens d'une péjoration depuis

septembre 2004. A cet égard, l'OAI se rallie à l'avis du SMR du 27 juillet 2009, lequel constate l'absence de fait nouveau susceptible de modifier sa précédente appréciation.

Or, la Dresse D._____ fait état dans son rapport du 22 juin 2009 de douleurs chroniques, d'abord localisées dans les épaules et le dos, qui se sont propagées ces dernières années dans le corps entier. Elle retient la fatigue chronique ainsi que des vertiges, des insomnies, des troubles cognitifs, des troubles digestifs et plusieurs allergies, précisant qu'en raison des douleurs, de la fatigue et des vertiges, la recourante n'arrive plus à s'occuper des tâches ménagères. Dans le rapport du 5 février 2010, elle précise que dans le cas de "central sensitif syndrom", sans un traitement adéquat, on doit s'attendre à une aggravation des douleurs, de la fatigue et des problèmes cognitifs.

Le rapport du 3 juillet 2009 de la Dresse E._____ corrobore l'appréciation de la Dresse D._____. La psychiatre traitante a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode moyen avec syndrome somatique (F33.11) et un trouble somatoforme douloureux (F45.4). Elle a reconnu à la recourante une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle, en raison des difficultés de concentration et d'attention, de la fatigue et des douleurs chroniques. Le 22 janvier 2010, la Dresse E._____ atteste que l'évolution de l'état de santé de sa patiente est marquée depuis 2008 par une aggravation des douleurs, devenues chroniques et généralisées.

Il ressort de l'avis médical du 27 juillet 2009 que le SMR n'a pas considéré ces éléments comme convaincants d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée. Examinant le rapport de la Dresse D._____ du 22 juin 2009, le SMR constate que les douleurs chroniques et la fatigue chronique étaient déjà prises en compte dans le trouble somatoforme connu de longue date. Or, le rapport du SMR du 24 août 2004 ne fait état d'aucun élément relatif à un syndrome de fatigue chronique. Dans son rapport d'expertise psychiatrique, le Dr L._____ mentionnait que "le sommeil, globalement, est plutôt de bonne qualité, réparateur" (cf. rapport

du 16 juillet 2004, p. 13), étant précisé que le 5 juin 2003, le Dr P._____ évoquait le sentiment d'épuisement complet de la recourante, en fin de journée, et un sommeil non réparateur (cf. rapport du 5 juin 2003, p. 4).

Il résulte ainsi des avis médicaux des Dresses D._____ et E._____ que la recourante présente, notamment, un syndrome de fatigue chronique, élément non retenu lors de la décision initiale du 15 septembre 2004 et susceptible d'influer sur le résultat des constatations médicales effectuées jusqu'alors. Il convient ainsi d'examiner le caractère invalidant de ce trouble, conformément aux critères dégagés par le Tribunal fédéral à ce sujet.

c) Selon la jurisprudence (TF I 70/07 du 14 avril 2008 consid. 5; TF I 1000/06 du 24 avril 2007 consid. 5), le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie présente des similitudes manifestes avec les troubles somatoformes. Il fait partie, selon la jurisprudence inaugurée dans l'arrêt publié à l'ATF 130 V 352, des états douloureux dont l'étiologie et la pathogénie sont incertaines, tels que le trouble somatoforme douloureux, la fibromyalgie, l'anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles (TF 9C_573/2010 du 8 août 2011 consid. 6.2; 9C_543/2009 du 1^{er} octobre 2009 consid. 2.4). Du point de vue des assurances sociales, il s'impose de soumettre l'ensemble des syndromes sans fondement organique vérifiable aux mêmes exigences. Dès lors, le Tribunal fédéral a décidé d'appliquer par analogie au syndrome de fatigue chronique ou neurasthénie les principes jurisprudentiels qu'il avait développés pour les troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 131 V 50; 130 V 352), comme il l'avait déjà fait pour le syndrome de fibromyalgie (cf. ATF 132 V 65). Cette jurisprudence (TF I 70/07 et I 1000/06 précités) a ensuite été confirmée à maintes reprises par le Tribunal fédéral (voir notamment TF 9C_573/2010 du 8 août 2011 consid. 6.2; 8C_111/2010 du 22 juin 2010 consid. 4.1; 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2; 9C_676/2008 du 12 janvier 2009 consid. 4.3.1), y compris tout récemment dans un arrêt publié à l'ATF 136 V 279.

En présence du diagnostic du syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie, il faut donc également se référer aux critères qui ont été dégagés par le Tribunal fédéral pour permettre d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 131 V 50; 130 V 354); l'examen de ces facteurs permet de répondre à la question de savoir si la présomption que les troubles en question ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible - et qu'on peut donc attendre de l'intéressé qu'il réintègre (entièrement ou partiellement) le processus du travail - peut être renversée (TF 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3; 9C_676/2008 du 12 janvier 2009 consid. 4.3.1).

Selon la jurisprudence, le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté; dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs; la question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères, au premier plan desquels figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée; en présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2; TF 9C_574/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.2).

d) A l'aune de ce qui précède, la Cour de céans considère qu'en l'état actuel du dossier, il subsiste des incertitudes quant aux conséquences des atteintes psychiques, mais également somatiques, sur la capacité de travail de la recourante dans toute activité. Les éléments mis en exergue par les Dresses D._____ et E._____ auraient en effet mérité d'être davantage instruits sur le plan médical. L'intimé a toutefois préféré se fonder sur les avis du SMR des 27 juillet 2009 et 18 mai 2010, qui, durant plus de six ans (laps de temps entre la dernière expertise et la décision litigieuse), n'a ni examiné la recourante ni procédé à des examens complémentaires, se contentant de relever que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux avait déjà été retenu en 2004. En outre, il convient de relever que le rapport du 5 février 2010 de la Dresse D._____ fait état de plaques dégénératives démontrées par les IRM cérébrales et que, selon les dires de la recourante (cf. recours du 24 novembre 2010 et réplique du 3 mars 2011), sa mère serait atteinte d'une maladie dégénérative aux effets similaires. A ce sujet, le SMR a retenu qu'aucun élément d'aggravation clinique objective n'avait été clairement identifié et précisé avec souci du détail dans les pièces médicales versées au dossier depuis le dernier avis SMR.

Compte tenu des éléments qui précèdent, on ne peut exclure, en l'état du dossier, l'existence d'atteintes - particulièrement une fatigue chronique et des douleurs chroniques - susceptibles d'entraîner une incapacité de gain. L'intimé ne pouvait nier une aggravation de l'état de santé de la recourante sur la seule base de l'avis du SMR, sans que ce service ait procédé à un examen clinique.

e) Au vu des éléments précités, la Cour de céans considère qu'en l'état actuel du dossier, il subsiste des incertitudes quant à la nature des atteintes - somatiques et psychiques - dont souffre la recourante et à leurs conséquences sur sa capacité de travail. L'instruction menée par l'intimé s'avère lacunaire et ne permet pas de trancher le litige à satisfaction de droit. En préférant statuer en l'état, sans chercher à élucider les points précités, l'intimé a constaté les faits de façon sommaire et a failli à son devoir de prendre d'office les mesures d'instruction

nécessaires et de recueillir les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA et 69 al. 2 RAI). A cet égard, on précisera que l'intimé se devait d'instruire le dossier, dès lors qu'en entrant en matière sur la nouvelle demande de prestations AI, il reconnaissait qu'une modification de l'état de santé était plausible.

6. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision du 28 octobre 2009 [*recte*: 22 octobre 2010] annulée. La cause est renvoyée à l'intimé afin qu'il complète l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire au sens de l'art. 44 LPGA, puis qu'il rende une nouvelle décision. L'OAI est le mieux à même à ce stade d'effectuer cette instruction complémentaire, en l'absence de toute circonstance particulière qui justifierait que la Cour de céans y procède elle-même. L'instruction complémentaire devra ainsi préciser les troubles et les limitations que présente la recourante, ainsi que sa capacité de travail exigible dans son ancienne activité et dans une activité adaptée. Il appartiendra ensuite à l'OAI, par le biais d'une nouvelle décision, de statuer sur le droit éventuel à la rente d'invalidité.

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 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution des tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Il ne sera donc pas perçu de frais judiciaires dans le cadre de la présente procédure.

c) La recourante, qui plaide au bénéfice de l'assistance judiciaire, obtient gain de cause avec le concours d'une avocate et a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD), fixés selon l'importance du litige et la complexité de la cause ainsi que compte tenu des opérations

nécessaires effectuées par son avocate. Il appartient à la Cour des assurances sociales de fixer le montant de ces dépens (art. 91 et 99 LPA-VD), qui seront arrêtés à 2'000 fr., TVA comprise. Ce montant couvrant intégralement l'indemnité due à Me Dupont pour l'assistance judiciaire, il n'y a pas lieu d'examiner cette question qui devient dès lors sans objet.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 28 octobre 2009 [*recte*: 22 octobre 2010] par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée.

- III. La cause est renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

- IV. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- V. Une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs), à verser à la recourante à titre de dépens, est mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Anne-Sylvie Dupont (pour M. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

L'arrêt qui précède est également 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 :