

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 13 juillet 2012

---

Présidence de       Mme    THALMANN  
Juges     :     M.    Merz et M. Bidiville, assesseur  
Greffier       :     M. Germond

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**S.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante, représentée par Me Alexandre Bernel,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6 ss, 17 et 43 al. 1-2 LPGA; 4 al. 1, 28 et 57 al. 1 let. f LAI; 69 et 87 al. 3-4 RAI**

## **E n f a i t :**

**A.** Le 13 septembre 2007, S. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1962, ressortissante bosniaque en Suisse depuis 2000, employée jusqu'au 31 janvier 2007 par M. \_\_\_\_\_ Sàrl à [...], a déposé une demande de prestations AI pour adultes. Elle mentionnait une dépression depuis 2006.

Dans un rapport du 3 décembre 2007, le Prof. V. \_\_\_\_\_, spécialiste en oncologie et hématologie et médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail d'état dépressif chronique, d'hypertension artérielle (HTA) traitée et de status après fracture par compression-extension de l'épiphyse distale du radius gauche le 13 août 2007, l'incapacité de travail étant totale du 7 au 23 octobre 2006, puis dès le 17 novembre 2006. Ce médecin a joint un rapport médical du 10 septembre 2007 signé notamment par les Drs C. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_ du service de traumatologie du [...] posant comme diagnostic principal un status après fracture par compression-extension de l'épiphyse distale du radius gauche le 13 août 2007 et comme comorbidité un état dépressif traité. Selon ce rapport, l'assurée a subi le 28 août 2007 une intervention chirurgicale, à savoir une réduction ouverte et une ostéosynthèse par plaque palmaire du radius distal gauche, les suites opératoires ayant été simples. Dans un rapport médical du 1<sup>er</sup> décembre 2008, le Prof. V. \_\_\_\_\_ a confirmé le diagnostic posé et mentionné que l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2008 à 100 %.

Dans un rapport médical du 27 janvier 2009, le Dr B. \_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute d'enfants et d'adolescents, psychiatre traitant de l'assurée, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) existant depuis probablement 2007. Il a en outre indiqué ce qui suit:

"La patiente souligne la perte de toute envie de vivre, de motivation. Elle décrit des sensations de vide et de forte envie d'en finir avec sa

vie. Elle souhaiterait s'endormir et ne plus se réveiller. Elle passe ses journées sans grande motivation, reste souvent chez elle et ne s'occupe que très peu de son fils ou de son ménage.

Nous sommes en présence d'une femme de 46 ans faisant légèrement plus que son âge, vêtue correctement. Elle paraît peu collaborante donnant le sentiment d'avoir été forcée de se trouver face à nous et indique d'emblée qu'elle ne croit pas en sa guérison, qu'elle ne voit pas d'utilité à venir car elle ne pourra jamais oublier sa vie.

Sur le plan de l'humeur, nous constatons une thymie extrêmement triste, sans pleurs durant les séances mais plutôt une expression figée comme l'est par ailleurs toute sa motricité.

L'idéation suicidaire est présente et scénarisée. La patiente aurait déjà fait une tentative de suicide par médicaments. Actuellement elle dit y penser tous les jours.

Le contact émotionnel est difficile, la patiente étant dans une attitude d'évitement. Nous observons un visage triste et figé marqué par la fatigue et la tristesse. On observe en effet une attitude physique d'abattement et un grand ralentissement psychomoteur."

Le Dr B. \_\_\_\_\_ estimait que le pronostic était défavorable et préconisait la mise en place d'un traitement psychothérapeutique et médicamenteux soutenu. A son avis, l'activité exercée n'était plus exigible.

Le 14 mai 2009, à la demande de l'OAI, le Dr R. \_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute, a réalisé une expertise de l'assurée. Au terme de son rapport du 30 juin 2009, l'expert a posé le diagnostic de dysthymie (F34.1) depuis 2001, ce diagnostic n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail. L'expert a en outre notamment exposé ce qui suit:

"Situation actuelle:

Mon examen clinique psychiatrique n'a pas montré de décompensation psychotique, pas d'anxiété généralisée, pas de trouble phobique, pas de trouble panique incapacitante ni de syndrome douloureux somatoforme persistant. En l'absence d'une perturbation sévère de l'environnement psychosocial qui est inchangé depuis de nombreuses années et marqué par des relations proches et stables surtout au plan familial, l'assurée ne présente pas non plus de trouble de la personnalité morbide.

En l'absence d'un événement traumatique constamment remémoré comme en témoigne la présence de reviviscences envahissantes, je n'ai pas non plus retenu le diagnostic d'un état de stress post-traumatique. A savoir, les symptômes d'un état de stress post-traumatique surviennent quelques semaines ou quelques mois après le traumatisme et l'évolution se fait vers la guérison dans la plupart des cas.

Concernant le diagnostic d'un épisode dépressif, je constate que la description subjective de l'assurée présente une incohérence importante avec les éléments objectifs dans son anamnèse ainsi que l'examen actuel. Dans ce contexte, je ne peux pas confirmer une diminution importante de l'intérêt et du plaisir chez une assurée qui rencontre régulièrement et volontiers sa soeur à [...] par exemple pour se teindre les cheveux et qui donne une attention particulière à son apparence et se présente par exemple à l'examen soigneusement maquillée. Je n'ai pas non plus objectivé de réduction de l'énergie avec des efforts minimales entraînant une fatigue importante chez une assurée qui participe sans signe extérieur de fatigue à un examen psychiatrique d'une durée de 150 minutes, sans diminution de la concentration et de l'attention jusqu'à la fin de l'examen. Je n'ai pas non plus objectivé d'idées de culpabilité ou de dévalorisation chez une assurée qui décrit un sentiment d'injustice et de déception envers ses parents, n'ayant pas permis à l'assurée de suivre une scolarité régulière. Malgré un certain pessimisme, l'assurée décrit également des projets positifs de l'avenir comme ses prochaines vacances d'été avec son fils dans son pays d'origine. En l'absence d'idées ou actes auto-agressifs ou suicidaires manifestes ainsi que d'une diminution de l'appétit chez une assurée qui souffre d'une importante surcharge pondérale (IMC 28/m<sup>2</sup>), je n'ai pas confirmé le diagnostic d'un épisode dépressif selon les critères de définition de la CIM-10. En plus, le suivi psychothérapeutique et psychiatrique avec des consultations à raison d'une fois par mois n'est pas non plus compatible avec le diagnostic d'un épisode dépressif sévère retenu par le Dr B. \_\_\_\_\_.

Depuis 2001, l'assurée souffre cependant d'une dépression chronique et fluctuante de l'humeur dont la sévérité est insuffisante pour justifier le diagnostic d'un trouble dépressif léger ou moyen comme décrit ci-dessus. Mme S. \_\_\_\_\_ elle-même décrit des périodes de quelques jours pendant lesquels elle se sent mieux voire relativement bien et par exemple capable d'entreprendre des voyages dans son pays d'origine avec des trajets en car d'une durée d'environ 18 heures, et de rencontrer les membres de sa famille ou une amie avec laquelle elle aime discuter au sujet des enfants et de ménage. Mais la plupart du temps, elle se sent fatiguée et déprimée. Tout lui coûte et peu lui est agréable. Elle rumine et se plaint, dort mal et a perdu confiance en elle-même, mais elle est toujours restée capable de faire face aux exigences de la vie quotidienne et d'assurer par exemple seule les tâches ménagères pour un ménage de deux personnes et de maintenir une vie sociale active. En conséquence, j'ai retenu le diagnostic d'une dysthymie selon les critères de définition de la CIM-10.

Comme il est habituellement le cas pour les dysthymies à début tardif, l'état de l'assurée s'inscrit dans le contexte d'un enchaînement d'événements stressants manifestes comme la rupture définitive avec son partenaire en 2000 avec la perte du projet de se construire un avenir commun en Allemagne ainsi que son arrivée en Suisse dans des conditions sociales précaires avec un statut de séjour longtemps incertain. Puis cette situation a été aggravée par un conflit avec l'ex-partenaire, ayant menacé l'assurée de lui retirer la garde de son enfant par l'intermédiaire de la protection de la jeunesse. Après une stabilisation transitoire, cette situation s'aggrave à nouveau en réaction au licenciement de l'assurée. L'assurée est ainsi confrontée avec des difficultés à trouver un nouveau travail et d'assurer les besoins existentiels de

son fils et d'elle-même à cause de sa scolarisation insuffisante et ses difficultés de langue. Face à cette situation, l'assurée s'est installée dans un rôle d'invalidé. Les résultats du laboratoire laissent cependant planer des doutes importants par rapport à la compliance médicamenteuse de l'assurée. En conséquence, les facteurs qui empêchent l'assurée de reprendre une activité professionnelle comme sa scolarisation très limitée et ses difficultés de langue ne sont pas de l'ordre médical et ne se trouvent ainsi pas dans le champ de compétence de l'AI."

Dans un projet de décision du 13 août 2009, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) a informé l'assurée du rejet de sa demande de rente. Ce projet a été intégralement confirmé selon décision rendue le 19 octobre 2009. Cette décision est entrée en force.

**B.** Le 20 avril 2010, S. \_\_\_\_\_ a déposé une deuxième demande de prestations AI.

Par projet de décision du 7 juin 2010, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande. Il a ainsi considéré que l'assurée n'était pas parvenue à rendre vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la date de la précédente décision de rejet du 19 octobre 2009.

Le 7 juin 2010, le Prof. V. \_\_\_\_\_ a produit divers pièces et rapports médicaux attestant de l'aggravation de l'état de santé de sa patiente dont en particulier, un rapport du 27 octobre 2009 des Drs D. \_\_\_\_\_, T. \_\_\_\_\_, et A. \_\_\_\_\_ du Centre d'imagerie de [...] concluant à une discopathie L4-L5 sans protrusion latéralisée et à un tassement du corps vertébral de D12 d'aspect récent sans compression médullaire.

Un examen clinique rhumatologique a été effectué le 13 septembre 2010 au Service médical régional (SMR) de l'AI par le Dr X. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation. Il résulte de son rapport notamment ce qui suit:

"Diagnostics

- avec répercussion durable sur la capacité de travail
- dorsolombalgies sur status après fracture-tassement de D12.
- status après vertébroplastie de D12.
- troubles dégénératifs L4-L5 avec modification de type Modic II.
- Sans répercussion sur la capacité de travail
- fibromyalgie M79.0.
- status après fracture du poignet G traitée par ostéosynthèse.
- diabète de type II non insulino-dépendant et hypercholestérolémie traitée.
- dysthymie (expertise du Dr R. \_\_\_\_\_, mai 2009).

#### Appréciation du cas

Assurée originaire de Bosnie, âgée de 48 ans, sans formation particulière, n'exerçant plus d'activité professionnelle depuis le 31.01.2007 à la suite d'un licenciement. Auparavant, elle travaillait comme ouvrière en blanchisserie.

L'examen actuel est effectué dans le cadre d'une deuxième demande de prestations déposée le 20.04.2010 après avoir essuyé un refus lors de la première demande du 13.09.2007 (refus d'octobre 2009). Lors de cette nouvelle demande de prestations, il est fait état d'une aggravation de l'état de santé avec la mise en évidence d'une fracture-tassement de D12 post-traumatique, ayant bénéficié d'un traitement par vertébroplastie. Les plaintes mises en avant actuellement par l'assurée sont une symptomatologie algique chronique touchant le rachis dans son ensemble, exacerbées par toute forme d'activité physique.

L'examen clinique au SMR met en évidence une assurée en bon état général, présentant une légère surcharge pondérale et d'importants signes de non organicité selon Smythe, Waddell et Kummel. Un diagnostic formel de fibromyalgie peut être retenu avec la présence de 16 points sur 18 positifs et l'absence de mise en évidence de point contrôle positif. Les signes de Waddell sont aussi positifs à 5/5 accompagnés de 2/2 selon Kummel en faveur d'un processus à caractère non organique. Le reste de l'examen ostéoarticulaire est marqué par des attitudes de contre-pulsions sans véritable diminution dans les amplitudes articulaires. A signaler l'absence de mise en évidence de trouble neurologique.

La documentation radiologique mise à disposition met en évidence une fracture-tassement de D12 d'allure récente, sans mise en évidence d'ostéoporose ou d'ostéopénie à la minéralométrie réalisée, ni de pathologie spécifique lors de la biopsie osseuse du corps vertébral de D12.

L'assurée a bénéficié d'un traitement de vertébroplastie en date du 08.01.2010 avec un résultat positif sur les douleurs locales selon le compte-rendu du Prof. [...].

En conclusion: cette assurée âgée de 48 ans, présente un status après fracture-tassement traumatique de D12 qui a bénéficié d'un traitement de vertébroplastie. Elle relate actuellement une symptomatologie algique diffuse touchant l'ensemble du rachis, exacerbée par toute forme d'activité mettant à contribution le rachis. L'examen clinique au SMR met en évidence des contradictions et un comportement de type maladif; l'assurée évoque l'impossibilité de réaliser des flexions antérieures du tronc ou des flexions latérales lors de la demande, en raison d'importantes douleurs. Ces mouvements sont réalisés de façon spontanée, pendant l'anamnèse ou lors du déshabillage, sans mise en oeuvre de signe d'épargne ou de signe algique particulier.

L'examen clinique au SMR n'a pas mis en évidence de limitation dans les amplitudes articulaires de façon formelle, hormis celle mise en oeuvre par une attitude oppositionnelle et démonstrative. Les atteintes ostéoarticulaires présentées par l'assurée (troubles dégénératifs avec modification de type Modic II en L4-L5 et status après vertébroplastie pour tassement vertébral de D12) sont à l'origine de limitations fonctionnelles dans les activités à fortes charges. L'activité antérieure de l'assurée (ouvrière en blanchisserie) peut être considérée comme une activité à fortes charges, pour cette raison une telle activité est contre-indiquée sur le plan médical. Une incapacité de travail totale dans une telle activité est médicalement retenue depuis août 2009 (date de son traumatisme).

Toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles est théoriquement possible à un taux de 100%, sans diminution de rendement. L'évaluation de la capacité de travail dans une activité adaptée ne se base que sur les atteintes objectives mises en évidence par les examens complémentaires mis à disposition et l'examen clinique réalisé au SMR. La composante à caractère non organique mise en évidence par les signes de non organicité et pour lesquels un diagnostic de fibromyalgie a été retenu, n'a pas été prise en considération.

#### Limitations fonctionnelles

Pas de port de charges supérieures à 5kg de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 7.5 kg. Eviter les positions statiques debout immobile de type piétinement, éviter les positions en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis contre résistance. Pas de position statique assise prolongée au-delà de 30 à 40 minutes, sans possibilité de varier les positions au minimum 2x/h de préférence à la guise de l'assurée.

Toute forme d'activité à caractère semi-sédentaire à faible charge physique est possible à un taux de 100% sans diminution de rendement.

A traduire en termes de métier par le service de la réadaptation.

Depuis quand y'a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

L'assurée présente une incapacité de travail de 100% dans son activité habituelle depuis le mois d'août 2009 (date de son traumatisme).

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

L'assurée présente une incapacité de travail totale dans son activité habituelle au vu des limitations fonctionnelles retenues en relation avec les atteintes ostéoarticulaires présentées. Une activité adaptée est théoriquement possible à un taux de 100% au plus tard 6 semaines après la vertébroplastie subie le 08.01.2010.

La capacité de travail retenue dans une activité adaptée ne se base que sur les atteintes objectives à la santé sur le plan ostéoarticulaire mis en évidence par les examens complémentaires mis à disposition et l'examen clinique réalisé au SMR.

La composante à caractère non organique clairement mise en évidence par les signes de non organicité pour lesquels un diagnostic de fibromyalgie a été retenu lors de l'examen clinique au SMR, n'a pas été prise en considération pour l'évaluation de la capacité de travail résiduelle de l'assurée.

Capacité de travail exigible  
Dans l'activité habituelle : 0 %  
Dans une activité adaptée: 100 % depuis mars 2010."

Par projet de décision du 29 novembre 2010, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter le droit à des prestations. Il a notamment constaté ce qui suit:

"[...] A réception des éléments nouveaux, nous avons sollicité l'avis du Service médical régional. Ne pouvant se déterminer, vous avez été convoquée au sein même du Service médical régional le 13 septembre 2010 pour un examen clinique rhumatologique.

Nous constatons que vous présentez une incapacité de travail complète depuis le mois d'août 2009 pour l'activité habituelle d'ouvrière en blanchisserie. Depuis le mois de février 2010, vous présentez une capacité de travail raisonnablement exigible de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles qui sont les suivantes:

- pas de port de charges de plus de 5 kg de façon répétitive et de façon occasionnelle au-delà de 7 kg;
- éviter les positions statiques debout immobiles de type piétinements;
- éviter les positions en porte à faux ou en antéflexion du rachis contre résistance;
- pas de position statique prolongée au-delà de 30-40 minutes sans possibilité de varier les positions au minimum 2x/h de préférence à votre guise.

Au vu des limitations fonctionnelles, dans une activité adaptée de type industrielle légère comme opératrice de production par exemple dans le montage de petites pièces, employée de chaîne de production, contrôle qualité dans la pharma, vous êtes en mesure de travailler pour un taux d'activité de 100%.

[...]

Comparaison des revenus:

sans invalidité CHF 48620.00

avec invalidité CHF 47201.46

La perte de gain s'élève à CHF 1418.54 = un degré d'invalidité de 2.9%

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité."

Le 28 janvier 2011, l'OAI a rendu une décision rejetant la nouvelle demande de son assurée.

**C.** Le 25 février 2011, S. \_\_\_\_\_ a recouru contre la décision de rejet précitée. Elle conclut à sa réforme en ce sens qu'une rente entière lui

soit allouée. Par mémoire du 6 juin 2011, la recourante, représentée par l'avocat Alexandre Bernel, a précisé ses conclusions, en ce sens que le droit à une rente entière lui soit reconnu dès le 1<sup>er</sup> avril 2010 et que subsidiairement, la décision soit annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique confiée à un expert "neutre", puis nouvelle décision. Elle a produit un certificat médical du 28 avril 2011 du Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et de la psychologue E.\_\_\_\_\_ dont il résulte que le diagnostic retenu en 2009, à savoir un épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques (F 32.2 CIM-10) est maintenu et qu'au vu des symptômes présentés par la recourante, la situation s'est péjorée. Le Dr L.\_\_\_\_\_ observe notamment un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie, avec un manque d'élan vital, de perte d'envie et d'entrain au quotidien. Il note que contrairement à ce qui avait été observé lors de l'expertise avec le Dr R.\_\_\_\_\_, la recourante ne se maquille jamais, qu'il s'agit d'une femme faisant son âge, vêtue correctement, mais qui, depuis qu'elle est en psychothérapie, n'a pas mis de signes de féminité en avant (comme le maquillage notamment), ayant pu se présenter fatiguée, visage et traits tirés, yeux cernés, une prise de poids étant dernièrement observée. Il expose qu'elle est suivie une fois toutes les trois semaines. Le Dr L.\_\_\_\_\_ conclut en ces termes:

"Le tableau clinique présenté par Madame S.\_\_\_\_\_ avec des symptômes de tristesse, des pleurs, un manque d'élan vital, des idéations suicidaires (avec passages à l'acte), des troubles du sommeil, des cauchemars et des ruminations, laisse supposer la présence d'un état dépressif, des problématiques somatiques évidentes se greffant à cette symptomatologie, accentuant son état psychique fragile. En ce sens, le diagnostic de fibromyalgie est d'après nous couplé d'un état dépressif et influence les difficultés somatiques de Madame S.\_\_\_\_\_."

Par décision du 22 février 2011 du juge instructeur de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, la recourante s'est vu accorder le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 17 février 2011, Me Alexandre Bernel étant désigné en qualité d'avocat d'office.

Dans sa réponse du 6 juillet 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il soutient que les éléments d'ordre médical avancés par la

recourante ne sont pas de nature à remettre en cause le bien fondé de la décision litigieuse. Il a produit un avis médical du Dr P. \_\_\_\_\_ du SMR selon lequel un suivi psychiatrique ambulatoire à raison d'une fois toutes les trois semaines n'est pas cohérent avec un épisode dépressif annoncé comme sévère et une assurée décrite comme suicidaire. Il estime que l'expertise du Dr R. \_\_\_\_\_ a pleine valeur probante et que l'expert discute en détail les raisons pour lesquelles le diagnostic d'épisode dépressif ne peut pas être retenu. Il conclut que le certificat du Dr L. \_\_\_\_\_ ne fait état d'aucun élément médical objectif d'aggravation depuis la décision du 19 octobre 2009, fondée sur une expertise probante et entrée en force.

Par réplique du 27 septembre 2011, la recourante a maintenu ses conclusions et précisé requérir la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Elle a produit notamment les rapports médicaux suivants:

- un rapport médical du 13 septembre 2011 du Dr L. \_\_\_\_\_ et de la psychologue E. \_\_\_\_\_ dont il résulte notamment ce qui suit:

“Nous devons souligner que nous sommes tout à fait d'accord sur le principe d'un suivi soutenu lorsqu'un patient présente une symptomatologie sévère; toutefois, dans le cas précis de Madame S. \_\_\_\_\_, nous réfléchissons à une stratégie thérapeutique différente, en raison surtout d'un facteur iatrogène des récits et de l'élaboration de son vécu. En effet, la moindre évocation de son passé, à son vécu douloureux et à des événements traumatiques, est iatrogène et provoque des réactions de souffrance.

En ce sens, le récit de son vécu, la narration et la répétition des événements traumatiques, ou encore l'élaboration autour de son parcours, deviennent pathogènes et anxiogènes. Nous le signalons par ailleurs dans notre dernier rapport [...]

Ainsi, nous sommes d'avis que des entretiens réguliers où le récit du vécu est réévoqué, est contreproductif dans un travail thérapeutique visant à l'amélioration de l'état psychique des patients.

D'autre part, dans la situation précise de Madame, l'on doit signaler également que la médication est conséquente et importante au vu de son état psychique fragile. Lors de notre dernier rapport, nous signalions une augmentation du Zyprexa à 20 mg, en raison d'une symptomatologie qui laisse penser à des hallucinations cénesthésiques.

Depuis lors, une réévaluation médicale est en cours. Elle a permis par ailleurs de modifier le traitement d'antidépresseurs en introduisant, à la place du Citalopram, le Valdoxan (dans un premier temps à 25 mg, pour passer dans un deuxième temps à 50 mg). En effet, Madame décrit toujours un manque d'élan vital important, un

manque d'énergie et de volonté, s'effondrant en larmes régulièrement."

- un rapport du 4 mai 2011 du Prof. V. \_\_\_\_\_ selon lequel, la recourante présentait un état dépressif épisode moyen, traité depuis 2006 par des antidépresseurs. Il indiquait en outre que le 8 janvier 2010, la recourante avait subi au [...] une vertébroplastie du corps vertébral T12 et que le dernier contrôle radiologique dans son cabinet montrait que la statique de la vertèbre était précaire, ce qui représentait une contre-indication pour une activité physique, même légère.

Par duplique du 19 octobre 2011, l'OAI a confirmé ses conclusions et produit un avis médical du 7 octobre 2011 du Dr P. \_\_\_\_\_ dont il résulte en particulier ce qui suit:

"1) Le Dr L. \_\_\_\_\_ invoque «la narration et la répétition des événements traumatiques» comme éléments pathogènes et anxiogènes expliquant la faible fréquence des consultations. Or ni le rapport du Dr B. \_\_\_\_\_ (27.01.2009), ni le rapport d'expertise du Dr R. \_\_\_\_\_, ni les rapports du Dr V. \_\_\_\_\_, ni aucune autre pièce médicale au dossier ne fait état d'événements traumatiques graves. Concernant le traitement médicamenteux, qualifié de « conséquent », il y a lieu de rappeler que l'expert psychiatre avait « des doutes importants par rapport à la compliance médicamenteuse de l'assurée » sur la base objective des résultats des dosages plasmatiques effectués dans le cadre de son expertise. L'importance du traitement prescrit ne peut de ce fait pas être un argument cautionnant la sévérité de l'atteinte à la santé psychique. Le rapport du Dr L. \_\_\_\_\_ ne remet pas en cause nos conclusions.

2) Le rapport du Dr V. \_\_\_\_\_ très succinct, comporte deux points. Au point 1, il fait état d'un épisode dépressif moyen, ce qui est en contradiction avec les rapport du Dr B. \_\_\_\_\_ et du Dr L. \_\_\_\_\_. Au point 2, il mentionne que « le dernier contrôle radiologique dans [son] cabinet montre que la statique de vertèbre est précaire, ce qui représente une contre-indication pour activité physique, même légère. » Il convient cependant de relever d'une part que du point de vue médical, une « statique de la vertèbre précaire » ne veut rien dire, et que d'autre part les limitations fonctionnelles ne sauraient reposer sur une image radiologique, mais doivent être évaluées par un examen clinique. Un tel examen a été effectué au SMR, par un médecin spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, et les résultats détaillés et conclusions figurent dans le rapport du 11.10.2010. Il n'est allégué aucun fait nouveau depuis cet examen. Le rapport du Dr V. \_\_\_\_\_ ne remet donc pas en question nos conclusions."

Le 31 janvier 2012, la recourante a produit:

- un rapport du 3 janvier 2012 du Dr L. \_\_\_\_\_ et de la psychologue E. \_\_\_\_\_ dont il résulte notamment ce qui suit:

"En effet, Madame se trouve dans son pays au moment des conflits, qui l'ont amenée à fuir et à le quitter de manière soudaine. Un exil forcé dans un pays inconnu et une fuite des conflits et des bombardements sont des événements traumatiques dans la vie d'un être humain. Surtout, il est à rappeler que Madame S. \_\_\_\_\_ perd son père de manière violente, ce dernier étant assassiné dans sa maison la nuit, par un inconnu pendant la guerre. Il est évident que cet événement est encore douloureux pour Madame, et le deuil a été extrêmement difficile à élaborer, alors qu'elle se trouvait loin des siens au moment des faits.

Ce deuil difficile et « congelé », car ne pouvant être facilement fait (et la culpabilité qui est ressentie par la patiente) entre clairement en résonance avec la perte brutale de l'un de ses frères, qui décède d'une crise cardiaque l'année dernière en Bosnie. Une nouvelle fois, Madame est loin de ses proches. Nous mentionnions ce décès soudain lors de nos derniers rapports et les difficultés de Madame face à ce deuil.

Il s'agit d'épisodes inénarrables, car insoutenables, comme nous l'évoquions dans nos avis médicaux antécédents et ces événements restent difficiles à aborder. Comme nous l'avons déjà souligné, au vu du parcours de vie de Madame, des souffrances et de son vécu traumatique, nous ne pouvons que comprendre et saisir ses difficultés à les évoquer. En effet, meure en mots et revenir sur le passé signifie remuer des blessures enfouies, et parfois, le silence est une défense.

Ainsi, nous restons d'avis que des entretiens où le récit du vécu est réévoqué, est contreproductif dans un travail thérapeutique visant à l'amélioration de l'état psychique des patients.

D'autre part, nous avons effectivement mentionné que la médication de Madame était conséquente au vu de son état psychique fragile. De plus, une réévaluation médicale était en train d'être effectuée, nous permettant de modifier le traitement d'antidépresseurs en introduisant, à la place du Citalopram, du Valdoxan. A l'époque où l'expertise était effectuée (en 2009), l'expert émettait des doutes quant à la compliance médicamenteuse. A l'heure actuelle et dans l'évaluation diagnostique actuelle, sur la base objective des résultats des dosages plasmatiques, il est prouvé que la compliance médicamenteuse est totale.

En ce qui concerne la question des signes de féminité, nous nous permettons de l'évoquer en raison de la mention de cette thématique dans l'expertise psychiatrique.

Nous nous permettons d'amener le regard clinique sur une patiente reçue plus souvent dans un cadre thérapeutique et dont l'évaluation du status psychiatrique diffère de celle faite lors de l'expertise. Nous ne mettons aucunement en doute l'évaluation du cadre expertal, mais soulignons simplement, qu'au niveau du status psychiatrique, il s'agit d'une femme qui fait son âge, qui est vêtue correctement, et qui, depuis qu'elle est en psychothérapie, n'a pas mis de signes de

féminité en avant (comme le maquillage notamment). Elle peut au contraire, se présenter fatiguée, visage et traits tirés, yeux cernés. Aussi, nous ne faisons nullement de lien causal entre l'absence de maquillage ou de signes de féminité avec une limitation fonctionnelle à une activité professionnelle.

Nous apportons ces éléments, car nous les considérons comme significatifs dans un diagnostic d'état dépressif.

Quant à la question de la tentative de suicide de la patiente, elle est effectivement antérieure aux derniers rapports médicaux; cela dit, nous signalons comme étant actuelle la présence d'idéations suicidaires avec scénarisation, Madame pouvant l'évoquer régulièrement en séance, en pleurs. Ayant passé à l'acte déjà une fois, nous restons très attentifs, car le risque de tentative de suicide reste présent. Il est en effet connu qu'un passage à l'acte est un facteur de risque qui augmente la probabilité de nouvelles tentatives de suicide. La présence d'une symptomatologie dépressive importante (avec ruminations, troubles du sommeil, manque d'élan vital, sentiment de culpabilité, de dévalorisation, de tristesse et pleurs) reste inquiétante également et nous ne pouvons exclure de nouveaux passages à l'acte."

- un rapport du 16 novembre 2011 des Drs D.\_\_\_\_\_, T.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_ du Centre d'imagerie de [...] qui ont effectué un Ct-scan dorsal et lombaire le 16 novembre 2011 et qui concluent à une fracture par tassement de D12, non stabilisée par la vertébroplastie, des troubles statiques et une spondylarthrose avec discarthrose L4-L5.

Le 23 février 2012, l'intimé produit un avis médical du 10 février 2012 des Drs I.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_, auquel il se rallie et dont il ressort ce qui suit:

"L'examen rhumatologique SMR est postérieur à la fracture-tassement de D12 et à son traitement par vertébroplastie. Le compte rendu d'IRM du 16 novembre 2011 confirme le tassement vertébral de D12 et le statut post vertébroplastie de janvier 2010 pris en compte par le SMR dans son rapport du 26 octobre 2010 les variations des images radiologiques depuis l'IRM du 27 octobre 2009 ne sont pas de nature à modifier les LF [limitations fonctionnelles] somatiques.

Sur le plan psychiatrique, l'expert relevait déjà en page 3 de son texte, citant un rapport du Dr V.\_\_\_\_\_ «l'idéation suicidaire est présente et scénarisée». Le courrier du Dr L.\_\_\_\_\_ à l'avocat de l'assurée en date du 31 janvier 2012 est similaire à son certificat du 28 avril 2011 qui a été commenté par le SMR dans un avis du 23 juin 2011. Nous maintenons notre position."

Dans ses déterminations du 9 mars 2012, la recourante reproche à l'intimé de refuser ses prestations en appuyant son point de

vue exclusivement sur l'avis du SMR. Elle relève en particulier à cet égard que le rapport du SMR du 10 février 2012 n'a pas été établi par un médecin spécialisé dans les domaines recouvrant spécifiquement les affections physiques et psychiques dont elle est affectée. Elle requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Elle requiert une expertise pluridisciplinaire judiciaire le 15 mai 2012.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal. 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), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** Il s'ensuit que la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté le 25 février 2011 par S. \_\_\_\_\_ contre la décision

rendue le 28 janvier 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, de sorte que le recours doit être considéré comme interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA).

**2.** En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par un assureur social, 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 les références; cf. ég. TF 9C\_441/2008 du 10 juin 2009, consid. 2 et 9C\_197/2007 du 27 mars 2008, consid. 1.2).

**3. a)** Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI [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 de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3, 125 V 412 consid. 2b, 117 V 200 consid. 4b et les références). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 372 consid. 2b; SVR 1996 IV n° 70, p. 204 consid. 3a et les références).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante

pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (TFA I 67/2002 du 2 décembre 2003, consid. 2 et I 52/2003 du 16 janvier 2004, consid. 2.1).

Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b, TFA I 490/2003 du 25 mars 2004, consid. 3.2).

**b)** L'article 17 LPGA prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al.1). Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (cf. TF 9C\_685/2011 du 6 mars 2012; ATF 130 V 71 consid. 3).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1, 130 V 343 consid. 3.5, 113 V 273 consid. 1a; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/2003 du 20 novembre 2003, consid. 2.2 in fine et les

références). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5.2, 125 V 368 consid. 2 et la référence citée; TF 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009, consid. 2.1 et les références).

En l'occurrence, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations de la recourante. Ainsi, après avoir examiné l'ensemble du dossier médical à sa disposition jusqu'à la date de la décision attaquée du 28 janvier 2011, il a considéré que l'état de santé de celle-ci ne justifiait pas l'octroi de prestations. Pour sa part, la recourante soutient ne plus être en mesure d'exercer une activité professionnelle. Elle soutient que l'instruction a été lacunaire sur le plan psychiatrique dès lors qu'aucun examen n'a été effectué depuis le dépôt de la deuxième demande, l'intimé s'étant fondé sur les conclusions de l'expertise du Dr R.\_\_\_\_\_ effectuée avant la première décision de refus de rente. Sur le plan physique, elle relève les contradictions entre les conclusions des médecins qu'elle a consultés et les médecins du SMR, notamment le fait que malgré la variation des images radiologiques entre l'IRM du 27 octobre 2009 et celle du 16 novembre 2011, ces praticiens nient une augmentation des limitations fonctionnelles de la recourante.

Il y a dès lors lieu d'examiner si le degré d'invalidité s'est modifié au point d'influencer le droit aux prestations, en procédant à la comparaison des situations de fait existant au moment de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, soit la décision du 19 octobre 2009 de l'OAI, et la décision litigieuse du 28 janvier 2011.

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

**b)** Toute invalidité n'ouvre pas nécessairement le droit à une rente; en vertu de l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008), l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

**c)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration — en cas de recours, le tribunal — se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid.

2c, 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/2006 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

L'assureur social — et le juge des assurances sociales en cas de recours — doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis du médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être

tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et qu'il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465).

**5. a)** Lors de la décision du 19 octobre 2009, sur le plan psychique, le Dr B. \_\_\_\_\_ avait posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère, l'activité exercée par la recourante n'étant à son avis plus exigible. Ces conclusions n'étaient pas partagées par l'expert R. \_\_\_\_\_, lequel a retenu certes que la recourante souffrait d'une dépression chronique et fluctuante de l'humeur mais que la sévérité de celle-ci était insuffisante pour justifier le diagnostic d'un trouble dépressif léger ou moyen et a dès lors retenu le diagnostic de dysthymie, aucune incapacité de travail ne pouvant être retenue sur le plan psychique.

Lors de la seconde demande, le Dr L. \_\_\_\_\_, qui a succédé au Dr B. \_\_\_\_\_, pose, selon certificat médical du 28 avril 2011, le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et observe une aggravation de l'état de santé de la recourante. Il souligne à ce propos que l'imbrication de problèmes somatiques fragilise l'état psychique de l'intéressée. Le Dr P. \_\_\_\_\_ conteste certes l'aggravation alléguée, mais il n'est pas spécialiste en psychiatrie.

En outre, le Dr L. \_\_\_\_\_ confirme le diagnostic de fibromyalgie tel que précédemment retenu par le Dr X. \_\_\_\_\_. Il précise que la fibromyalgie mise en évidence est couplée à un état dépressif qui a une incidence sur les affections d'ordre somatique.

Si le diagnostic de fibromyalgie constitue certes un diagnostic somatique, il n'en demeure pas moins qu'il se justifie, sous l'angle juridique, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.2). Or une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes

douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 399 consid. 5.3.2; TF 9C\_848/2011 du 4 avril 2012, consid. 5.2). Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient ici aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie, d'autant plus que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.2.2) - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout, ou seulement partiellement, être exigible de sa part. On peut réserver les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 4.3).

En l'occurrence, on doit constater que le rapport d'examen clinique rhumatologique du SMR ne permet pas de statuer à satisfaction de droit sur le caractère invalidant de la fibromyalgie présentée par la recourante, le Dr X.\_\_\_\_\_ ayant en effet expressément précisé ne pas avoir tenu compte de cette composante lors de son évaluation de la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée tout en mentionnant que ce diagnostic n'a pas d'influence sur la capacité de travail, ce qui paraît contradictoire. En outre, ni les rapports médicaux du Dr L.\_\_\_\_\_, ni celui du Dr X.\_\_\_\_\_ ne permettent de déterminer si les critères déterminants sont remplis ou non.

Le diagnostic de fibromyalgie n'a été posé que lors de la seconde demande. Dès lors que l'on ignore s'il entraîne une incapacité de travail, il n'est pas possible de savoir si l'état de santé de la recourante s'est aggravé à cause de cette affection. L'instruction doit dès lors être complétée.

**b)** Sur le plan somatique, lors de la décision du 19 octobre 2009, le diagnostic de status après fracture par compression-extension de l'épiphyse distale du radius gauche a été posé par les Drs C. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_. Le Prof. V. \_\_\_\_\_ indiquait que la reprise de travail à 100% était possible dès le 1<sup>er</sup> octobre 2008.

A la suite de la seconde demande, le Dr X. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de status après vertébroplastie de D12 et de troubles dégénératifs L4-L5 avec modification de type Modic II. Il estime la capacité de travail de la recourante entière dans une activité adaptée. Ces conclusions sont contredites par celles du Prof. V. \_\_\_\_\_ qui, dans son rapport du 4 mai 2011, relève que la statique de la vertèbre précaire contre-indique la reprise d'une activité physique, même légère. L'IRM lombaire effectuée le 16 novembre 2011 retient une fracture par tassement de D12 non stabilisée par la vertébroplastie, des troubles statiques ainsi qu'une spondylarthrose avec discarthrose L4-L5. Ces avis s'opposent à l'appréciation de la Dresse I. \_\_\_\_\_ qui considère que les variations des images radiologiques ne sont pas de nature à modifier les limitations somatiques retenues au terme de l'examen clinique rhumatologique effectué par le Dr X. \_\_\_\_\_. Si certes, l'examen effectué par ce praticien apparaît détaillé, il n'avait toutefois pas connaissance au moment de cet examen que la fracture par tassement de D12 n'était pas stabilisée par la vertébroplastie. Les avis du Prof. V. \_\_\_\_\_ et de la Dresse I. \_\_\_\_\_ étant insuffisamment documentés, il n'est pas possible de savoir si cet élément est de nature à avoir une incidence sur la capacité de travail de la recourante ou non.

Sur cette question également, l'instruction doit être complétée.

**6.** Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des

examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). En matière d'assurance-invalidité, l'art. 69 al. 2 RAI précise que si les conditions d'assurance sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007, consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en oeuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 108).

Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (voir arrêt U 571/2006 du 29 mai 2007 consid. 4.2. in SVR 2007 UV n° 33 p. 111; Kieser, ATSG-Kommentar, 2<sup>e</sup> éd. n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA). Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour

but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (cf. arrêt du 28 juin 2011 dans la cause 9C\_ 243 /2010; ATF 122 V 163 consid. 1d, RAMA 1993 n° u 170 p. 136 et la critique de G. Aubert parue in SJ 1993 p. 560).

Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008, consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

En l'espèce, comme indiqué ci-dessus, l'instruction menée par l'intimé est lacunaire et ne permet pas de trancher le litige à satisfaction de droit.

Il convient dès lors d'admettre le recours et de renvoyer la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire (art. 44 LPG), laquelle devra notamment porter sur les affections somatiques et psychiques dont est atteinte la recourante leur évolution et leurs conséquences sur la capacité de travail de celle-ci.

**7.** Le recours doit dès lors être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants, puis nouvelle décision.

**a)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI).

Vu l'issue du litige, les frais de procédure, arrêtés à 400 fr. sont mis à la charge de l'intimé (cf. arrêt CASSO AI 230/2011 - 144/2012 du 23 avril 2012).

**b)** Obtenant gain de cause, la recourante a droit à des dépens, arrêtés à 2'500 fr. à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA).

Cela étant, le bénéfice de l'assistance judiciaire conduit à allouer une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, également supportée par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire reste tenue à remboursement dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de ce remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

Me Alexandre Bernel a produit, le 16 mai 2012, la liste détaillée de ses opérations. En l'espèce, il convient de retenir la somme de 3'888 fr. (20 h. au tarif horaire de 180 francs plus TVA à 8%) correspondant à la rémunération de l'ensemble des opérations effectuées à ce jour dans la présente procédure, à laquelle on ajoutera encore un montant de 108 fr. TVA comprise à titre de débours (art. 3 al. 3 RAJ [Règlement sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010, RSV 211.02.3]), aucune liste détaillée n'ayant été déposée.

L'indemnité totale du défenseur d'office est ainsi fixée à 3'996 fr. (3'888 fr. + 108 fr.).

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 28 janvier 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.
  
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à S. \_\_\_\_\_ la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.
  
- V. L'indemnité d'office de Me Alexandre Bernel, conseil de la recourante, est arrêtée à 3'996 fr. (trois mille neuf cent nonante-six francs).
  
- VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Alexandre Bernel (pour S. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt 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).

Le greffier :