

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 mars 2012

Présidence de Mme THALMANN
Juges : M. Monod et Mme Rossier, assesseurs
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

B. _____, à Yverdon-les-Bains, recourante, représentée par Me Laurent Gilliard, avocat à Yverdon-les-Bains,

et

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

Art. 7 et 8 LPGA; art. 4 et 28 LAI; art. 87 al. 3 et 4 RAI

E n f a i t :

A. a) B. _____ (ci-après : l'assurée), ressortissante bosniaque née en 1966, sans formation professionnelle, séjournant en Suisse depuis 1992, mariée et mère de trois enfants nés respectivement en 1984, 1986 et 1994, a travaillé comme ouvrière à [...] de 2000 à février 2002, avant d'être engagée du 1^{er} mai 2002 au 31 janvier 2004 comme ouvrière à l'emballage auprès de la société K. _____ SA, sise à [...].

b) Le 28 janvier 2004, l'intéressée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) tendant à l'octroi d'une rente. Dans ce contexte, elle a précisé qu'elle était atteinte dans sa santé depuis juin 2002, et qu'elle se trouvait en incapacité de travail complète depuis le 17 janvier 2003. S'agissant de la nature de ses affections, elle a indiqué «*[v]oir dossier médical*».

A la requête de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), le Dr J. _____, médecin généraliste traitant, a fait part de ses observations dans un rapport du 27 février 2004. Il a posé les diagnostics se répercutant sur la capacité de travail de rachialgies sur arthrose lombaire (depuis 2002), d'obésité, et de trouble somatoforme douloureux (depuis 2003). Il a par ailleurs confirmé l'entière incapacité de travail de l'intéressée depuis le 17 janvier 2003, tout en observant que cette dernière n'était plus à même d'exercer une quelconque activité lucrative. Parmi les documents joints à ce compte-rendu, figuraient notamment :

- un rapport du 19 mai 2003 du Dr H. _____, spécialiste en rhumatologie ainsi qu'en médecine physique et réadaptation, dont il ressortait que l'assurée souffrait de lombalgies basses communes, d'obésité et d'un état dépressif réactionnel, que ses lombalgies étaient d'origine somatoforme douloureuse et réactionnelles à des problèmes familiaux concernant sa fille aînée, qu'elle ne présentait aucun signe d'organicité, et qu'il n'y avait aucune contrainte lombaire sur le plan

professionnel puisque son activité habituelle consistait à pousser des palettes en portant peu de poids;

- un constat du Service de traitement et de réadaptation de l'Hôpital [...] du 9 janvier 2004 (faisant suite à une hospitalisation du 10 au 17 décembre 2003 pour un reconditionnement physique dans le contexte d'un trouble somatoforme douloureux), décelant chez l'assurée une arthrose facettaire lombaire ainsi qu'un problème d'obésité, et précisant que la symptomatologie douloureuse était essentiellement liée à une problématique psychosociale sévère apparue lors de l'émancipation de la fille aînée de l'intéressée (celle-là souffrant par ailleurs d'un problème de toxicodépendance au cannabis), que la problématique psychosociale dominait le tableau de troubles somatoformes, et que d'un point de vue purement somatique, la capacité de travail était de 100% avec une reprise professionnelle possible dès le 5 janvier 2004 à 50%.

En parallèle, sur mandat de son assureur perte de gain la F._____ Assurances, l'assurée a été soumise à une expertise psychiatrique réalisée le 24 mars 2004 par la Dresse W._____, spécialiste en psychiatrie-psychothérapie. Dans son rapport du 7 avril suivant, cette dernière a relevé en substance que fin 2002, la fille aînée de l'expertisée avait quitté le domicile parental après avoir fugué à de multiples reprises dans le cadre d'une émancipation difficile. Ce départ s'était avéré «*invivable*» pour l'assurée, qui avait décompensé sur un mode dépressif avec dans le même temps l'apparition d'un trouble somatoforme. Les difficultés de l'intéressée étaient par ailleurs essentiellement d'ordre socioculturel. Cela étant, la Dresse W._____ a diagnostiqué un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21) et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Elle a relevé que la réaction dépressive était de moyenne intensité et entraînait une perte d'intégration sociale modérée, l'intéressée conservant des relations avec sa famille et ses amies. Elle a ajouté que l'assurée présentait une personnalité fruste et immature, qui ne pouvait être assimilée à un trait prémorbide. Elle a considéré que l'intéressée tirait des bénéfices secondaires de la situation, mobilisant

ainsi son entourage et bloquant l'émancipation de sa fille cadette. Elle a fixé l'incapacité de travail à 100% de janvier à décembre 2003, puis à 50% au-delà de cette période, tout en soulignant que ce point devrait être réévalué dans 3 à 6 mois. Enfin, elle a estimé que le pronostic était mauvais, ceci essentiellement pour des raisons socioculturelles sortant du champ médical.

C'est ainsi que, le 15 septembre 2004, la Dresse W. _____ a procédé à un complément d'expertise, sur mandat de la F. _____ Assurances. Dans son rapport du 23 septembre suivant, cette spécialiste a confirmé ses précédents diagnostics tout en relevant les points suivants :

"Discussion

[...]

Comparé au status de mars 2004, la situation n'a guère évolué et Madame s'est chronifiée sur le plan algique. La thymie, à ce jour, est légèrement à moyennement déprimée et l'expertisée ne semble guère en mesure de métaboliser la «perte» de cette fille aînée. Madame a peu de ressources à disposition pour pouvoir élaborer sa souffrance et gérer ses émotions. Parallèlement, sa compliance médicamenteuse est mauvaise [...].

Par ailleurs, au vu d'un syndrome douloureux somatoforme persistant associé à une thymie dépressive, un traitement d'Efexor à doses croissantes pourrait être envisagé, pour autant que l'expertisée améliore sa compliance médicamenteuse.

Sur le plan social, Madame maintient des contacts avec sa famille, sa belle-famille, des voisines et mobilise l'entourage obtenant ainsi des bénéfices secondaires.

Des facteurs socioculturels apparaissent prédominant dans cette situation et par ailleurs, Madame a été licenciée de son emploi début 2004.

Comme indiqué précédemment dans l'expertise de mars 2004, le pronostic reste mauvais, ceci essentiellement pour des raisons socioculturelles.

Au vu de ce qui précède, dans une activité adaptée, la capacité de travail est entière."

Par avis du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) du 13 avril 2005 se référant aux deux expertises précitées, le Dr M. _____ a retenu que l'assurée souffrait d'un trouble de l'adaptation

avec réaction dépressive prolongée, mais que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux sortait quant à lui du ressort de l'AI. Cela étant, ce médecin a estimé que l'intéressée avait connu des périodes d'incapacité de travail à 100% du 17 janvier au 31 décembre 2003, puis à 50% du 1^{er} janvier au 14 septembre 2004, mais que depuis le 15 septembre 2004, elle disposait d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle.

Par décision du 7 juin 2005, l'OAI a alloué à l'assurée une demi-rente d'invalidité avec effet limité du 1^{er} janvier au 30 septembre 2004, en raison d'une incapacité de travail et de gain s'élevant à 50% entre le 1^{er} janvier 2004 - terme du délai de carence d'une année - et le 14 septembre 2004.

L'assurée a formé opposition le 4 juillet 2005. Par constat du 26 juillet suivant, les Drs L. _____ et Q. _____, de l'Unité de psychiatrie ambulatoire [...] (ci-après : l'UPA), ont exposé que l'intéressée était suivie par ladite unité depuis mars 2003, et que ses difficultés psychologiques remontaient à 2001, lorsqu'elle avait commencé à rencontrer de graves difficultés relationnelles avec sa fille aînée. Ils ont précisé qu'elle était très fragile du point de vue psychologique, et qu'elle présentait en outre des problèmes liés à l'acculturation. Ils ont fait état de symptômes dépressifs modérés depuis mars 2003, causés par un trouble de l'adaptation avec tendance à la chronification, et exacerbés par l'impossibilité pour l'assurée d'avoir une relation convenable avec sa fille aînée. Ils ont émis un pronostic défavorable, compte tenu des capacités d'élaboration restreintes de l'intéressée pour comprendre sa souffrance et du contexte familial et socioculturel qui l'empêchait de reprendre contact avec sa fille aînée. Cela étant, ils ont conclu à une incapacité de travail de 50% du point de vue psychiatrique.

Par avis médical SMR du 9 octobre 2006, les Drs M. _____ et S. _____ ont observé que la situation de l'assurée avait évolué entre les deux expertises réalisées par la Dresse W. _____. En effet, le caractère de gravité de la comorbidité avait changé ensuite d'une amélioration de la

thymie, quand bien même le diagnostic générique était resté le même. Partant, il y avait lieu de confirmer l'évolution de l'incapacité de travail décrite dans l'avis SMR du 13 avril 2005. Ils ont par ailleurs relevé, s'agissant du rapport des médecins de l'UPA du 26 juillet 2005, que ce document ne mentionnait formellement aucun diagnostic, et qu'il décrivait un tableau (assurée fragile, difficultés d'acculturation) ne pouvant être considéré comme invalidant au sens de l'AI. Enfin, ils ont signalé que les problèmes socioculturels de l'intéressée étaient très probablement déjà présents avant 2004.

Par décision sur opposition du 12 décembre 2006, l'OAI a partiellement admis l'opposition du 4 juillet 2005, en ce sens que la date de la suppression de la demi-rente devait être fixée au 31 décembre 2004, soit après trois mois d'amélioration durable, ainsi que l'exigeait la législation en la matière. Pour le reste, se fondant sur les conclusions de la Dresse W._____, l'office a maintenu que l'assurée - dont les lombalgies étaient d'origine somatoforme douloureuse, selon le rapport du Dr H._____ du 19 mai 2003 - ne présentait pas d'atteinte invalidante au-delà du mois de septembre 2004.

c) Dans le cadre de son recours interjeté le 29 janvier 2007 auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud (TASS) à l'encontre de la décision sur opposition du 12 décembre 2006, l'assurée a produit un rapport médical du 12 janvier 2007 émanant des Drs P._____ et Z._____, respectivement médecin adjoint et médecin assistant à l'UPA. Ces derniers y diagnostiquaient un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) et un trouble somatoforme, syndrome douloureux persistant (F45.4). Ils constataient en outre depuis début 2006 une augmentation de l'intensité des symptomatologies dépressive (thymie triste, sentiment de culpabilité et d'inutilité, perte de plaisir) et anxieuse, un retrait social de plus en plus important, et une exacerbation de la symptomatologie douloureuse. Ils renaient une incapacité de travail de 70% due exclusivement à des causes psychiatriques.

Par avis médical SMR du 3 mai 2007, les Drs M._____ et G._____ ont exposé que le diagnostic d'épisode dépressif moyen posé par les médecins de l'UPA ne pouvait être retenu. En effet, les symptômes décrits correspondaient à un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, tel qu'évoqué par la Dresse W._____; il s'agissait là par définition d'un état dépressif léger survenant à la suite d'une exposition prolongée à une situation stressante.

Par jugement du 24 janvier 2008 (AI 36/07 - 58/2008), le TASS a rejeté le recours de l'assurée et confirmé la décision sur opposition de l'OAI du 12 décembre 2006. Sur le plan somatique, il a observé que la pleine capacité de travail de l'intéressée dans son ancienne activité n'était pas contestée. Sous l'angle psychique, il a retenu que l'appréciation des médecins de l'UPA - essentiellement fondée sur les plaintes subjectives de l'assurée et les descriptions que celle-ci faisait de son état - devait être écartée au profit des conclusions de la Dresse W._____, dont les deux rapports d'expertise étaient entièrement probants; cela étant, il a considéré qu'avec la compliance exigible, l'assurée était capable de travailler à 100% dans son activité habituelle depuis septembre 2004.

L'assurée n'ayant pas recouru contre le jugement précité, celui-ci est entré en force.

B. a) En date du 21 août 2009, l'intéressée a déposé une nouvelle demande de prestations AI tendant à l'allocation d'une rente, en raison de problèmes articulaires aux pieds, aux genoux, aux hanches et aux lombaires, atteintes qui la rendaient complètement dépressive depuis 2002.

Dans un rapport du 8 octobre 2009, le Dr Z._____ et X._____, respectivement chef de clinique adjoint et psychologue associée à l'UPA, ont signalé ce qui suit :

"[...] Depuis 2007, il faut souligner en été 2008 une hystérectomie, que Mme a mal supportée, avec des douleurs qui perdurent encore maintenant. En mars 2008, la deuxième fille a quitté le domicile

familial, pour habiter à quelques maisons plus loin. En juin 2009, cette dernière a accouché d'une petite fille. Depuis 2008, les plaintes de Mme se sont accentuées, de même qu'un sentiment important de désespoir et d'impuissance qui amène cette patiente à affirmer qu'elle ne pourra jamais aller mieux. Dans l'idée de la stimuler un peu, nous avons introduit depuis juillet 2009 une séance d'ergothérapie par semaine, cela la fatigue, elle est assez loin de chez elle, mais elle persévère pour l'instant... Elle a peur que cela lui fasse trop. D'autant que le problème de la langue se pose pour parler tant avec l'ergothérapeute qu'avec les autres personnes éventuellement présentes.

Mme B. _____ a subi une biopsie du sein pendant l'été 2009, elle craignait beaucoup les résultats de cet examen, ce qui a augmenté ses angoisses, et ses douleurs. Il apparaît que rien de grave ne se passait là. [...]

L'entourage, la fille cadette par exemple, mais aussi la patiente, observe une péjoration de l'état de Mme B. _____ qui n'est même pas capable de tenir sa petite fille dans ses bras, vu ses faiblesses. La patiente est plus retirée, elle est plus triste, elle souffre plus, et il est toujours très difficile de la soulager. Elle vit un sentiment d'injustice énorme, ne comprenant pas qu'on ne reconnaisse pas sa souffrance et son incapacité de travailler.

Mme B. _____ décrit des douleurs dans le bas du dos, les hanches, la nuque, exprimant que cela est parfois « à pleurer de douleurs », elle n'arrive rien à porter de lourd, elle a des pertes d'équilibre ce qui l'amène à tomber souvent, quand elle se penche en avant, elle a de la peine à se redresser... Depuis 2009, c'est pire, elle n'a plus d'espoir [...]. Elle est aussi inquiète pour son sein et pour son utérus, vu que les douleurs perdurent. Inquiète aussi pour son fils cadet, de 14 ans, qui est en neuvième et qui va bien, mais son aînée « ça allait bien jusqu'à 18 ans ! »[...] Elle a peur de l'évolution possible pour ce garçon.

Sur le plan psychiatrique, il est difficile de parler d'une aggravation, il s'agit d'une évolution douloureuse chronique chez une patiente dépendante et mal acculturée, plutôt bien entourée par sa famille, et qui vit un sentiment d'injustice majeur face au refus de l'assurance invalidité. Les descriptions de nos rapports précédents sont toujours valables, ainsi, l'état psychique de Mme B. _____ reste marqué par une symptomatologie dépressive au long cours, d'intensité plus ou moins importante suivant les périodes, [par] une symptomatologie anxieuse, également accompagnée par un évitement social important, et par une symptomatologie douloureuse qui perdure et qui empoisonne le quotidien de la patiente.

[...]

Mme B. _____ présente actuellement une incapacité de travail pour des raisons psychiatriques d'au moins 50 %, [...] mais il ne s'agit pas là que d'un problème d'acculturation : la patiente présente un état dépressif fluctuant, avec syndrome somatique, un trouble somatoforme, syndrome douloureux persistant, mais aussi une

compréhension limitée de la situation, vu ses capacités intellectuelles plutôt restreintes.

Il [...] est clair que certains changements dans la dynamique familiale ont probablement [eu] un retentissement sur le fonctionnement psychique de la patiente, notamment l'éloignement relatif de sa seconde fille, qui est devenue maman, même si elle continue de venir voir régulièrement sa mère, n'habitant qu'à quelques pâtés de maison. On peut bien imaginer que la patiente se sente un peu lâchée et qu'elle vive mal les atteintes à son corps (hystérectomie chez une femme de 42 ans, angoisses quant à une maladie grave.) [...] ce qui la met encore plus en instabilité et en fragilité sur le plan psychique."

Par avis médical SMR du 28 octobre 2009, le Dr M. _____ a souligné que le Dr Z. _____ et la psychologue X. _____ reconnaissaient qu'il était «*difficile de parler d'une aggravation*» - termes dont on pouvait déduire que l'état de santé psychique de l'intéressée n'avait pas connu d'aggravation objective.

En date du 2 novembre 2009, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans le sens d'un refus d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations, dans la mesure où il n'avait pas été rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la décision sur opposition du 12 décembre 2006.

L'intéressée a fait part de ses objections le 25 novembre 2009, relevant que son état de santé psychique et physique avait «*beaucoup changé*», et que la situation empirait de jour en jour, ce qui l'empêchait de reprendre une quelconque activité. Dans ce contexte, elle a notamment produit un rapport du Dr J. _____ du 23 novembre 2009 signalant que depuis le précédent constat de ce praticien, de nouveaux éléments objectifs étaient apparus, à savoir, d'une part, un syndrome rotulien droit dont l'évaluation en 2006 avait conclu à une chondropathie fémoro-patellaire extérieure et tibio-fémorale intérieure, ainsi que, d'autre part, des lombalgies sur troubles dégénératifs L4-L5 et L5-S1.

Aux termes d'un écrit du 29 juin 2010, l'intéressée a réitéré que son état de santé se dégradait petit à petit.

Par rapport du 9 août 2010, le Dr J._____ a posé les diagnostics incapacitants de rachialgies sur arthrose lombaire («2002»), de gonalgies bilatérales prédominant à droite dans le cadre d'une chondropathie fémoro-patellaire («[a]ntérieur[es] à 2006»), d'obésité, et de trouble somatoforme douloureux («2003»). Il a signalé une évolution progressivement défavorable depuis son constat du 27 février 2004, avec une prise pondérale de neuf kg, la survenance puis l'aggravation de gonalgies principalement à droite, et l'aggravation des lombalgies connues anciennement dans le cadre d'une arthrose lombaire; l'assurée faisait par ailleurs état de cinq à six chutes depuis environ deux ans, consécutives à des lâchages du genou droit. Cela étant, il a considéré l'on ne pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ou à une amélioration de la capacité de travail. Il a notamment joint à son compte-rendu les documents suivants :

- un rapport du 14 mars 2010 du Dr H._____, diagnostiquant des polyarthralgies (au niveaux des genoux sur syndrome rotulien, de la cheville gauche sur vraisemblable arthrose, et du segment lombaire sur discopathies étagées L4 à S1 amplifiées par des troubles somatoformes) ainsi qu'une fibromyalgie, et constatant que l'intéressée ne participait pas à son traitement physiothérapeutique;

- un rapport du 20 mai 2009 du Service de radiologie des Etablissements hospitaliers U._____, signalant que l'intéressée avait bénéficié le même jour d'infiltrations facettaires L3-L4 et L4-L5 des deux côtés;

- un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire du 15 avril 2009 de ce même service, concluant à un syndrome facettaire postérieur lombaire bas étagé, ainsi qu'à des phénomènes de dessiccation discale avec troubles dégénératifs au niveau L4-L5 et L5-S1, entraînant un discret rétrécissement du canal lombaire au niveau L4-L5 et du foramen de conjugaison du côté droit sans mise en évidence de compression radiculaire;

- un compte-rendu du 3 juillet 2006 du Service d'orthopédie des Etablissements hospitaliers U._____, relevant que l'assurée présentait une chondropathie - légère selon une IRM du 28 avril 2006 - fémoro-patellaire versant externe droit, sans indication à un traitement chirurgical.

A la requête de l'OAI, le Dr P._____ et la psychologue X._____ ont précisé, dans un rapport du 24 janvier 2011, que l'assurée bénéficiait toujours d'un suivi psychiatrique et que son état de santé était stable avec une symptomatologie inchangée depuis 2009. Ils ont mentionné que l'aménagement de la médication semblait permettre à l'intéressée d'être plus tonique, s'exprimant plus facilement et volontiers sur ses difficultés et son quotidien en général. Toutefois, des idées suicidaires pouvaient apparaître quelques fois, comme à la fin 2009, en relation avec la procédure AI en cours et un fort sentiment d'injustice et de non-reconnaissance. Sur le plan familial, ils ont relevé que l'époux de l'assurée était au chômage depuis fin 2010, et que cette dernière s'était mobilisée avec sa famille pour soutenir sa fille cadette en butte à des difficultés conjugales survenues durant l'été 2010. Ils ont par ailleurs posé les diagnostics d'état dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) et de trouble somatoforme, syndrome douloureux persistant (F45.4), et ont retenu que la capacité de travail de l'intéressée était probablement inférieure à 50%. Dans une annexe psychiatrique au rapport AI du 6 janvier 2011, ils ont précisé que l'assurée présentait des difficultés au niveau relationnel (sentiment de dévalorisation et d'incompétence, retrait social) et émotionnel, qu'elle dépendait beaucoup de sa famille pour la gestion des tâches administratives et l'organisation du temps, qu'elle était hypersensible au stress, et que ses capacités cognitives étaient limitées. Ils ont par ailleurs produit un compte-rendu de l'Unité de biochimie et psychopharmacologie clinique du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre V._____) du 28 septembre 2010, dont il ressortait que les taux plasmatiques de l'assurée témoignaient d'une compliance «ok».

Par avis médical SMR du 8 février 2011, les Drs M._____ et G._____ ont observé que l'état de santé psychique de l'intéressée n'avait pas connu de changement notable depuis 2009, mais qu'il s'imposait en revanche de mettre en œuvre un examen orthopédique, afin de savoir si de nouvelles limitations fonctionnelles devaient être prises en considération.

L'assurée a été soumise à un examen clinique orthopédique réalisé par le Dr F._____ (spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur) du SMR le 28 février 2011. Dans son rapport du 21 mars suivant, ce médecin a notamment fait état de ce qui suit :

"[...]

DOSSIER RADIOLOGIQUE

IRM colonne lombaire effectuée à l'Hôpital [...] le 15.04.2009 : montre des troubles dégénératifs des articulations postérieures pluri-étagées à partir de L3-L4. Dessiccation discale L4- L5, L5-S1 sans hernie discale ou protrusion.

RX cheville gauche face et profil du 14.01.2010 au cabinet du Dr J._____ à [...] : ces radiographies sont dans la limite de la norme.

RX bassin de face + incidence selon Lequesne des deux hanches effectuées le 14.10.2010 à l'Hôpital d' [...] : montre que les articulations coxo-fémorales sont bien conservées. Pas de troubles dégénératifs ni aux coxo-fémorales ni aux sacro-iliaques.

RX deux genoux de face et profil + incidence Schuss + axiale des deux rotules effectuées à l'Hôpital d' [...] le 14.02.2011 : montrent une gonarthrose débutante bilatérale prédominant des compartiments fémoro-tibiaux internes sous forme d'une densification sous-chondrale des deux plateaux tibiaux internes et d'un discret pincement fémoro-tibial interne à l'incidence schuss visible uniquement à gauche. Rotules bipartita ddc sans pincement fémoro-patellaire.

DIAGNOSTICS

- ***avec répercussion durable sur la capacité de travail***

• **AUCUN.**

- ***sans répercussion sur la capacité de travail***

- **OBÉSITÉ AVEC BMI À 39,5**
- **LOMBO-CRURALGIES BILATÉRALES. ARTHROSE FACETTAIRE PLURI-ÉTAGÉE. [DISCOPATHIES] DÉBUTANTES L4-L5, L5-S1**
- **GONARTHROSE PRIMAIRE BILATÉRALE DÉBUTANTE PRÉDOMINANTE SUR LES COMPARTIMENTS FÉMORO-TIBIAUX INTERNES**
- **SYNDROME DOULOUREUX CHRONIQUE**
- **ETAT DÉPRESSIF MOYEN AVEC SYNDROME SOMATIQUE.**

APPRÉCIATION DU CAS

Assurée âgée de 45 ans, sans formation professionnelle particulière. Elle habite en Suisse depuis 1992. L'examen se fait avec l'aide d'un traducteur car l'assurée ne maîtrise pas le français. Elle a travaillé en Suisse deux ans et demi comme ouvrière dans des usines. Elle souffre de douleurs lombaires chroniques évoluant depuis 2003 résistant à tous les traitements conservateurs effectués y compris des infiltrations facettaires. L'IRM lombaire de 2009 a montré des arthroses facettaires postérieures pluri-étagées et des discopathies L4-L5 et L5-S1 sous forme de dessiccation. Elle souffre aussi de gonalgies bilatérales prédominant à droite. Le bilan radiologique de février 2010 [recte : 2011] a révélé la présence de troubles dégénératifs discrets prédominant [au] niveau de l'articulation fémoro-tibiale interne à gauche. Ces troubles dégénératifs des genoux ainsi que ceux observés à la colonne lombaire sont responsables de limitations fonctionnelles mais ne diminuent pas la capacité de travail de l'assurée dans un travail adapté aux limitations fonctionnelles comme ce[lui] qu'elle a exercé en tant qu'ouvrière d'usine.

Limitations fonctionnelles

Travail sédentaire ou semi-sédentaire sans port de charges. Doit éviter les travaux penchés en avant ou en porte-à-faux. Doit éviter de s'accroupir, de se mettre à genoux, de monter ou descendre les escaliers et/ou les ports de charges à répétition.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

L'assurée ne travaille plus depuis le 17 janvier 2003.

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

L'assurée n'a pas repris d'activité lucrative.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE D'OUVRIÈRE : 100%
DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100 %
JANVIER 2003."

DEPUIS LE : 17

Par avis médical SMR du 28 mars 2011, le Dr M._____ s'est rallié aux conclusions du Dr F._____.

c) Par décision du 7 juin 2011, confirmant un projet du 4 avril 2011, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, retenant que l'état de santé de cette dernière ne s'était pas modifié depuis la décision sur opposition du 12 décembre 2006.

C. **a)** Agissant par l'entremise de son mandataire, l'assurée a recouru le 5 juillet 2011 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'office intimé pour complément d'instruction. Sur le plan somatique, elle fait valoir que les conclusions du SMR divergent manifestement de celles contenues dans le rapport du Dr J._____ du 23 novembre 2009, et que cette différence d'appréciation est «*inexpliquée et inexplicable*». Elle soutient en outre que l'expertise orthopédique confiée au SMR est incompatible avec la jurisprudence du Tribunal fédéral, selon laquelle l'expertise doit être diligentée par un organisme extérieur à l'administration. Au niveau psychique, elle conteste l'appréciation du SMR lui reconnaissant une capacité de travail inchangée de 100%, et se prévaut du rapport du 24 janvier 2011 du Dr P._____ et de la psychologue X._____ diagnostiquant un état dépressif moyen avec syndrome somatique ainsi que des troubles somatoformes avec syndrome douloureux persistant, et évaluant l'incapacité de travail à 50% au moins, au vu des diverses limitations fonctionnelles mentionnées dans l'annexe psychiatrique du 6 janvier 2011. Cela étant, elle requiert la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

En date du 30 juin 2011, le juge instructeur a accordé l'assistance judiciaire à la recourante avec effet au 22 juin 2011, et désigné son mandataire, Me Laurent Gilliard, en tant qu'avocat d'office.

b) Appelé à se prononcer sur le recours, l'intimé en a proposé le rejet par réponse du 15 août 2011. L'OAI relève en particulier que l'état de santé psychique de la recourante n'a pas évolué au vu des pièces du

dossier, et que le rapport d'expertise orthopédique du 21 mars 2011 - pleinement probant - démontre que les troubles somatiques de l'intéressée ne sont pas incapacitants.

c) Par réplique du 13 octobre 2011, l'assurée maintient ses précédents motifs et conclusions. Elle réitère par ailleurs sa demande d'expertise psychiatrique, et relève qu'une telle mesure peut être ordonnée par le Tribunal des assurances selon la jurisprudence récente du Tribunal fédéral.

d) Aux termes de sa duplique du 26 octobre 2011, l'OAI observe plus particulièrement que le rapport médical de l'UPA du 24 janvier 2011 a été soumis au SMR, lequel a considéré, par avis du 8 février 2011, que les troubles psychiques de l'assurée ne s'étaient pas modifiés depuis 2009.

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 en principe à l'AI (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours devant le tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales

(art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) Saisi d'un 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 (cf. ATF 125 V 413 c. 2c p. 417; ATF 110 V 48 c. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'existence d'une aggravation de son état de santé et d'une incapacité de gain corrélative depuis la décision sur opposition du 12 octobre 2006, confirmée par jugement du TASS du 24 janvier 2008.

3. a) Selon l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, 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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008, anciennement art. 29 al. 1 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).

c) 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. 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a et les réf. citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2;

ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées). Plus particulièrement, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional, au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.01), a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (ATF 135 V 254 consid. 3.3.2; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.2; TFA I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3). En revanche, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3.b/cc et les réf. citées; 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 précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un 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 il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465). Par ailleurs, pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes ; il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou établir le caractère incomplet de son ouvrage. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée).

d) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes à la santé physique, entraîner une invalidité. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c in fine; 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées; TF, 9C_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.1).

Dans les cas de troubles somatoformes douloureux, il existe une présomption selon laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible; la jurisprudence a étendu cette présomption au diagnostic de fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 p. 71; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.1). 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 figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur. Sous réserve d'un tel degré de gravité, le diagnostic de trouble dépressif ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens de la jurisprudence; en effet, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome des troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1; TFA I 513/05 du 7 septembre 2006).

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, existence d'un état psychique «cristallisé»), 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. Cependant, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 132 V 65; 130 V 352; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et les références citées).

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). 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).

b) 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).

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 AI déposée le 21 août 2009 par l'assurée. Nonobstant un premier projet de décision allant dans le sens d'un refus d'enter en matière (cf. projet de décision du 2 novembre 2009), l'office a en définitive examiné l'ensemble des pièces médicales versées au dossier jusqu'à la date de la décision litigieuse du 7 juin 2011. Sur cette base, il a considéré que l'état de santé physique et psychique de l'intéressée ne

s'était pas aggravé depuis la décision sur opposition du 12 décembre 2006 - appréciation que l'assurée réfute.

Il y a dès lors lieu d'examiner si un changement notable de circonstances propre à influencer le degré d'invalidité - et partant le droit à la rente - de l'assurée s'est produit depuis la première décision de l'OAI prononcée le 12 décembre 2006, et confirmée par jugement du TASS du 24 janvier 2008.

a) Pour statuer sur les prétentions de l'assurée dans le cadre de la première procédure AI, l'office s'est essentiellement fondé sur les rapports d'expertise des 24 mars et 23 septembre 2004 de la psychiatre W._____ - non sans s'être tout d'abord référé au constat du 19 mai 2003 du Dr H._____, dont il ressortait que les lombalgies de l'assurée étaient d'origine somatoforme douloureuse. Les diagnostics posés par l'expert psychiatre W._____ étaient ceux de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée de degré moyen et de trouble somatoforme douloureux. Selon cette spécialiste, l'incapacité de travail induite par ces affections était de 100% de janvier à décembre 2003, puis de 50% de janvier à septembre 2004. Constatant cependant que la thymie de l'assurée s'était améliorée au jour de la seconde expertise (soit le 15 septembre 2004), la Dresse W._____ estimait que l'intéressée disposait dès cette date d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, quand bien même le pronostic demeurait mauvais pour des raisons essentiellement socioculturelles. Cela étant, aux termes de sa décision sur opposition du 12 décembre 2006, l'OAI a retenu que l'assurée pouvait certes prétendre à une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} janvier 2004, mais que cette prestation devait cependant être supprimée dès le 30 décembre 2004, l'intéressée ne présentant aucune atteinte invalidante au-delà du mois de septembre 2004.

Dans son jugement du 24 janvier 2008, le TASS a confirmé l'appréciation de l'OAI. Sur le plan somatique, ce tribunal a retenu qu'il n'était pas contesté que l'assurée présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, telle celle exercée auprès de son dernier

employeur (ouvrière à l'emballage). Sur le plan psychique, le TASS a estimé qu'il était justifié de supprimer la demi-rente d'invalidité avec effet au 30 décembre 2004, dès lors que selon les expertises pleinement probantes de la Dresse W._____, l'assurée disposait depuis septembre 2004 d'une entière capacité de travail, ensuite de l'amélioration de sa thymie et sous réserve d'une meilleure compliance médicamenteuse.

b) Se fondant sur le rapport d'expertise orthopédique du Dr F._____ du 21 mars 2011, l'OAI considère que la recourante ne présente toujours pas d'atteintes invalidantes sur le plan somatique.

aa) Dans son compte-rendu, l'expert retient que les pathologies de l'assurée sont - sans exception - dépourvues d'influence sur la capacité de travail. Plus particulièrement, le Dr F._____ considère que l'intéressée présente certes des troubles dégénératifs des genoux (gonarthrose primaire bilatérale débutante prédominant sur les compartiments fémoro-tibiaux internes) et de la colonne lombaire (lombocruralgies bilatérales avec arthrose facettaire pluri-étagée et discopathies débutantes L4-L5 et L5-S1) engendrant diverses limitations fonctionnelles (*«Travail sédentaire ou semi-sédentaire sans port de charges. Doit éviter les travaux penchés en avant ou en porte-à-faux. Doit éviter de s'accroupir, de se mettre à genoux, de monter ou descendre les escaliers et/ou les ports de charges à répétition»*). Il estime cependant que ces différents paramètres ne diminuent aucunement la capacité de travail de l'assurée dans un poste adéquat, tel que celui qu'elle occupait précédemment en tant qu'ouvrière d'usine. Cela étant, le Dr F._____ retient que depuis le 17 janvier 2003, la recourante dispose d'une entière capacité de travail dans son ancienne profession comme dans une activité adaptée.

Ce rapport procède d'un examen détaillé des pièces médicales déterminantes et repose sur un examen clinique complet. Il décrit clairement et de manière fouillée tous les points importants. L'appréciation de la situation médicale est bien expliquée, et les conclusions l'expert sont motivées de manière cohérente et convaincante.

Il y a dès lors lieu d'admettre que le rapport d'expertise du Dr F. _____ du 21 mars 2011 répond en tous points aux exigences de la jurisprudence en ce qui concerne la valeur probante des rapports médicaux (cf. consid. 3c supra).

bb) A cela s'ajoute que le dossier de la cause ne renferme aucun avis médical pertinent susceptible de mettre en doute les conclusions du rapport du Dr F. _____.

Il en va notamment ainsi des rapports du Dr J. _____. A ce propos, dans son constat du 23 novembre 2009, ce médecin signale l'apparition d'éléments objectifs depuis son précédent rapport du 27 février 2004; il mentionne ainsi une chondropathie fémoro-patellaire extérieure et tibio-fémorale intérieure, ainsi que de lombalgies sur troubles dégénératifs L4-L5 et L5-S1. Puis, dans un compte-rendu du 9 août 2010, il pose les diagnostics incapacitants de rachialgies sur arthrose lombaire depuis 2002, et de gonalgies bilatérales prédominante à droite dans le cadre d'une chondropahtie fémoro-patellaire depuis une date antérieure à 2006; il insiste plus particulièrement sur la survenance puis l'aggravation des gonalgies principalement à droite, et sur l'aggravation des lombalgies connues anciennement dans le cadre d'une arthrose lombaire.

Il résulte de ce qui précède que le Dr J. _____ pose des diagnostics somme toute superposables à ceux retenus par le Dr F. _____, mais qu'à l'inverse de l'expert du SMR, il retient que les pathologies en question sont incapacitantes. Cela étant, force est de constater que les avis du Dr J. _____ se distinguent par leur caractère très sommaire - pour de ne pas dire lacunaire, dans la mesure où ce praticien se contente en définitive de mentionner des atteintes antérieures à la décision sur opposition du 12 décembre 2006, tout en évoquant une aggravation depuis une date indéterminée. En outre, en tant que généraliste, ce médecin ne peut se prévaloir de connaissances spécifiques en matière d'orthopédie, contrairement au Dr F. _____. Par ailleurs et surtout, le Dr J. _____ n'avance aucun élément pertinent dont l'expert

n'aurait pas tenu compte et qui permettrait de reconnaître un caractère invalidant aux atteintes de l'intéressée. Il se limite ainsi à exposer succinctement sa propre appréciation de la situation, sans étayer son point de vue par des éléments objectifs concrets dont l'expert n'aurait pas eu connaissance, et justifiant de s'écarter de la capacité de travail fixée par le Dr F._____ à 100% dans l'ancienne activité de la recourante, réputée adaptée. Pour ces motifs, on ne peut considérer les conclusions du Dr J._____ comme probantes. Il convient donc de donner la préséance à l'analyse approfondie et détaillée effectuée par le Dr F._____.

cc) On ne saurait en outre suivre la recourante lorsqu'elle allègue que le mandat d'expertise aurait dû être confié non pas au Dr F._____ du SMR, mais à un organisme indépendant de l'administration. En effet, il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3 et TF 9C_108/2011 du 24 octobre 2011 consid. 2.2). Il convient d'ordonner une telle expertise uniquement si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6). Or, en l'espèce, rien au dossier - y compris les avis du Dr J._____ - n'incite à douter des conclusions pleinement probantes du Dr F._____ (cf. consid. 5b/aa et bb supra). Partant, le grief soulevé par la recourante doit être écarté.

dd) Il s'ensuit que c'est à juste titre que l'OAI a retenu, se fondant sur l'appréciation du Dr F._____, qu'entre la décision sur opposition du 12 décembre 2006 (confirmée par le TASS le 24 janvier 2008) et la décision litigieuse du 7 juin 2011, l'état de santé physique de l'assurée n'avait pas connu de changement notable propre à influencer le degré d'invalidité.

c) Au plan psychiatrique, après analyse des rapports médicaux de l'UPA des 8 octobre 2009 et 24 janvier 2011, le SMR - et,

corollairement, l'OAI - retient, dans ses avis des 28 octobre 2009 et 8 février 2011, que l'état de santé de la recourante n'a pas connu de modification notable depuis la première procédure AI.

aa) Aux termes de leur rapport du 8 octobre 2009, le Dr Z._____ et la psychologue X._____ de l'UPA précisent que l'on peut difficilement parler d'une aggravation sur le plan psychiatrique, mais que la situation s'apparente davantage à une évolution douloureuse chronique chez une patiente dépendante et mal acculturée, même si bien entourée par sa famille. Ils ajoutent que les descriptions ressortant de leurs précédents rapports demeurent valables, et que l'intéressée présente ainsi une symptomatologie dépressive au long cours d'intensité plus ou moins importante selon les périodes, une symptomatologie anxieuse accompagnée d'un évitement social important, et une symptomatologie douloureuse qui perdure. Ils estiment que la capacité de travail s'élève à 50%, cela en raison de problèmes d'acculturation, d'un état dépressif fluctuant en relation avec un syndrome somatique, et d'un trouble somatoforme douloureux persistant, l'intéressée ayant du reste une compréhension limitée de la situation compte tenu de ses capacités intellectuelles plutôt restreintes.

A teneur de leur constat du 24 janvier 2011, le Dr P._____ et la psychologue X._____ de l'UPA indiquent que l'état de l'assurée est stable, avec une symptomatologie identique à celle décrite en 2009. Cela étant, ils diagnostiquent un état dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) ainsi qu'un trouble somatoforme, syndrome douloureux persistant (F45.4), et relèvent que la capacité de travail est probablement inférieure à 50%.

bb) Si le rapport de l'UPA du 8 octobre 2009 ne pose aucun diagnostic, il appert que celui du 24 janvier 2011, sans se référer à de nouvelles pathologies, reprend les atteintes mentionnées aux termes d'un précédent constat du 12 janvier 2007 produit dans le cadre de la première procédure AI (cf. let. A.c supra). Or, dans son jugement du 24 janvier 2008, le TASS a écarté les pathologies évoquées dans le rapport du 12

janvier 2007 (consid. 7a et 7b), et s'est ainsi rallié aux conclusions de la Dresse W._____, retenant les diagnostics de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée de degré moyen dans le contexte d'un trouble somatoforme douloureux, sans caractère invalidant depuis septembre 2004. Reste à savoir s'il existe, à l'heure actuelle, des éléments plaidant en faveur d'une évolution de la situation telle que ressortant du jugement du TASS du 24 janvier 2008.

A cet égard, les médecins de l'UPA se refusent à parler d'aggravation sur le plan psychiatrique. Ils préfèrent évoquer une évolution douloureuse chronique chez une patiente dépendante et mal acculturée, plutôt bien entourée par sa famille (cf. rapport du 8 octobre 2009 p. 2) – évolution qui s'inscrit ainsi précisément dans la lignée du pronostic «*mauvais [...] essentiellement pour des raisons socioculturelles*» émis par la Dresse W._____ (cf. rapports d'expertise des 7 avril et 23 septembre 2004, let. A.b supra). Par ailleurs, force est de relever que le rapport de l'UPA du 8 octobre 2009 (p. 2) souligne que les descriptions mentionnées dans les constats antérieurs sont toujours valables, et que le compte-rendu du 24 janvier 2011 (p. 1) signale quant à lui un état de santé stable avec une symptomatologie inchangée depuis 2009 – éléments qui plaident à l'encontre d'une quelconque aggravation sur le plan psychiatrique. De plus, la compliance médicamenteuse de l'assurée est désormais correcte (cf. compte-rendu d'analyses pharmacologiques du 28 septembre 2010 indiquant une compliance «ok») et l'aménagement de sa médication lui permet d'être plus tonique (cf. rapport du 24 janvier 2011 p. 1), ce qui dénote une évolution plutôt favorable et non pas négative. La assurée a certes été confrontée à des situations complexes sur le plan personnel, attendu qu'elle a subi deux interventions en 2008 et 2009 (une hystérectomie et une biopsie mammaire), que son époux est au chômage depuis fin 2010, et que sa fille cadette a rencontré des problèmes conjugaux. Rien au dossier n'incite cependant à croire que ces événements se seraient répercutés négativement sur son état de santé – contrairement à ce qu'allèguent le Dr Z._____ et la psychologue X._____, sans s'appuyer du reste sur aucun élément objectif et pertinent (cf. rapport du 8 octobre 2009 p. 2). Bien au contraire, il apparaît que

l'intéressée, qui bénéficie d'un cadre familial soudé, a trouvé la force de se mobiliser avec les siens pour soutenir sa fille cadette après l'abandon de l'époux de celle-ci (cf. rapport du 24 janvier 2011 p. 1). Enfin, contrairement à ce qu'allègue l'assurée (cf. mémoire de recours du 5 juillet 2011 p. 6), les limitations fonctionnelles mentionnées dans l'annexe psychiatrique au rapport AI du 6 janvier 2011 (difficultés relationnelles, hypersensibilité au stress, difficultés dans l'organisation du temps, dépendance à l'égard du cercle familial) ne démontrent pas une dégradation de ses atteintes, dès lors que ces limitations ne sont pas sans rappeler celles constatées lors de la première procédure AI (cf. notamment le rapport d'expertise de la Dresse W. _____ du 7 avril 2004 p. 11 et 14, dont il ressort que l'assurée a des capacités de mentalisation pauvres, une personnalité fruste et immature, et peu de possibilités de compréhension et d'élaboration).

L'ensemble de ces éléments infirme donc la thèse d'une aggravation des atteintes psychiatriques de la recourante depuis la décision sur opposition de l'OAI du 12 décembre 2006 et le jugement du TASS du 24 janvier 2008.

En tout état de cause, même à admettre que les diagnostics posés dans le rapport de l'UPA du 24 janvier 2011 correspondent à la situation actuelle de la recourante, il faut relever qu'en vertu de la jurisprudence, on ne peut reconnaître un caractère invalidant à un état dépressif d'intensité moyenne associé à un trouble somatoforme douloureux, respectivement à une fibromyalgie (cf. consid. 3d supra). Par ailleurs, rien au dossier n'incite à penser que les autres critères déterminants en matière d'atteintes somatoformes (cf. *ibid.*) seraient remplis en l'occurrence. Ainsi, le prétendu retrait social de la recourante (cf. rapport du 8 octobre 2009 p. 2 et annexe psychiatrique du 6 janvier 2011) n'est nullement explicité, ni a fortiori étayé. Son état psychique n'est pas cristallisé puisqu'il fluctue en fonction des périodes (cf. rapport du 8 octobre 2009 p. 2). Il apparaît de surcroît que l'assurée maintient des relations au sein d'un réseau familial uni, qu'elle a activement réagi suite problèmes conjugaux de sa fille cadette, et que sa médication lui permet

actuellement d'être plus tonique. Dans ces conditions, on pourrait exiger d'elle qu'elle fournisse un effort de volonté en vue de surmonter ses affections et de réintégrer le monde du travail.

cc) Faute d'évolution des atteintes psychiatriques de l'assurée, on ne saurait dès lors souscrire à l'incapacité de travail évaluée à 50% au moins par les psychiatres et la psychologue de l'UPA. Au demeurant, loin de se référer à des éléments scientifiques, concrets et objectifs, ce taux repose essentiellement sur les plaintes de l'assurée et sur ses difficultés d'adaptation. Or, les facteurs psychosociaux ou socioculturels sont exclus de la notion d'invalidité (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a et TF 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 4.1).

dd) Sur le vu des considérations qui précèdent, il s'impose de retenir que l'état de santé psychique de l'assurée n'a pas connu d'évolution significative depuis la décision sur opposition de l'OAI du 12 décembre 2006 et le jugement du TASS du 24 janvier 2008, et que, sur le plan psychiatrique, elle conserve une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, telle son activité habituelle.

Partant, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique – telle que requise par l'assurée à l'appui des conclusions de son recours du 5 juillet 2011 (cf. p. 6) et de sa réplique du 13 octobre 2011 (p. 2) – n'apparaît pas nécessaire dans la présente affaire, dans la mesure où les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a, TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2, TF 9C_440/2008 du 5 août 2008).

d) En définitive, les éléments du dossier démontrent qu'il n'y a pas eu, entre la décision du 12 décembre 2006 (confirmée sur recours le 24 janvier 2008) et celle du 7 juin 2011, de changement important des circonstances propres à influencer la capacité de travail. Il faut donc admettre que c'est à juste titre que l'OAI, aux termes du prononcé entrepris, a considéré que la recourante conservait une capacité de travail de 100% dans son activité habituelle, considérée comme adaptée à ses

limitations fonctionnelles. Partant, il faut donc retenir que le degré d'invalidité de l'assurée se confond avec celui de son incapacité de travail dans l'activité habituelle (cf. TF 9C_137/2010 du 19 avril 2010; cf. TFA I 337/04 du 22 février 2006 consid. 6 et I 605/01 du 8 juillet 2002 consid. 3) et s'élève ainsi à 0%, de sorte qu'elle ne peut prétendre à une rente AI.

6. a) Par conséquent, la décision attaquée n'est pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours.

b) La procédure est onéreuse; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al.1 bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (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). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires, celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art.18 al. 5 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et devraient être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que la recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

La recourante a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Laurent Gilliard (art. 118 al. 1 let. a et c CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Lorsqu'une partie au

bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office. Celui-ci a produit la liste de ses opérations, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat de sorte qu'elle doit être arrêtée à 8 heures de prestations d'avocat, rémunérées à un tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile; RS 211.02.3]), ce qui correspond à un montant total d'honoraires s'élevant à 1'440 fr. Il y a lieu d'ajouter la TVA de 8%, soit un montant de 115 fr. 20. Au demeurant, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 II 1; TF 6B_102/2009 du 14 avril 2009 consid. 2), soit en l'espèce 38 fr. 20 auxquels il convient d'ajouter 3 fr. 06 de TVA. L'indemnité d'office du conseil de la recourante s'élève ainsi à 1'596 fr. 46 TVA comprise, montant que l'on peut arrondir à 1'596 fr 50.

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 7 juin 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents fr.) sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

IV. L'indemnité d'office de Me Laurent Gilliard, conseil de la recourante, est arrêtée à 1'596 fr. 50 (mille cinq cent nonante-six francs et cinquante centimes).

V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Laurent Gilliard (pour la recourante),
- 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 :