

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 septembre 2012

Présidence de M. MÉTRAL
Juges : M. Neu et Mme Di Ferro Demierre
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

M. _____, à [...], recourante,

et

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

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

E n f a i t :

A. a) M. _____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1959, d'origine [...], est mère de deux enfants, nés en [...] et [...]. Elle a suivi la scolarité obligatoire, mais n'a pas acquis de formation professionnelle sanctionnée par un diplôme. Titulaire d'un permis B depuis 1987, elle a travaillé dans la restauration en qualité d'aide de cuisine ou dame de buffet. Depuis le 6 avril 1998, elle était employée à 90 % au restaurant du magasin B. _____ SA à [...]. A ce titre, elle était assurée par la W. _____ Assurances contre les accidents professionnels et non professionnels.

Le 21 avril 2000, elle a été victime d'un accident de la circulation routière en Yougoslavie. Alors qu'elle était passagère arrière d'un véhicule conduit par une connaissance, cette dernière n'a pas vu un camion qui était à l'arrêt, ce qui a provoqué une violente collision frontale. Souffrant d'une fracture humérale distale droite, elle a été examinée dans un hôpital de la région et a finalement été plâtrée au niveau du bras droit. A son retour en Suisse, elle a consulté le Dr P. _____, lequel a précisé qu'il était trop tard pour intervenir et a proposé un traitement conservateur. La W. _____ Assurances a pris en charge le cas et a donc garanti le versement des prestations légales.

En raison de douleurs importantes au niveau du coude et d'une limitation fonctionnelle, l'assurée a par la suite consulté le Dr N. _____, spécialiste en orthopédie, lequel a mentionné que le bilan radiologique démontrait un début de consolidation. A la suite d'un traitement intensif de physiothérapie, la situation s'est améliorée quant à la mobilité de l'épaule droite, le coude restant limité. Le Dr N. _____ a toutefois agendé une reprise de l'activité professionnelle à 50 % pour le 26 février 2001 (certificat médical intermédiaire LAA du 12 mars 2001). Lors d'un bilan rhumatologique du 25 juin 2001, la Dresse R. _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, a posé les diagnostics de douleurs du coude droit persistantes dans le cadre d'un status après fracture comminutive humérale distale droite post-traumatique,

compliquée d'une algoneurodystrophie du membre supérieur droit (MSD) avec séquelles. Elle a également diagnostiqué des cervico-scapulalgies persistantes dans le cadre de troubles statiques avec dysbalance musculaire, ainsi qu'un syndrome de stress post-traumatique. Le Dr X._____, spécialiste en médecine générale, a précisé dans un rapport médical du 17 août 2001 que le Dr N._____ avait constaté un alignement insatisfaisant du bras droit, mais avait renoncé à une intervention chirurgicale en raison d'un début de calcification lorsque M._____ l'avait consulté. La patiente était à nouveau en incapacité de travail totale depuis le 1^{er} juillet 2001, et le Dr X._____ évoquait un conflit de travail, les collègues de M._____ lui reprochant son manque de rendement. Le Dr X._____ a attesté une nouvelle période d'incapacité de travail totale dès le 2 juillet 2001.

b) Le 27 juillet 2001, M._____ a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) en raison d'une fracture et d'un handicap du bras droit. Le 27 février 2002 (formulaire 531 bis), elle a rempli un complément à sa demande en déclarant qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à 100 % en qualité d'employée de restaurant auprès du restaurant de la Placette par nécessité financière.

Dans un rapport médical du 22 août 2001, la Dresse R._____ a confirmé les diagnostics posés dans le cadre de son bilan rhumatologique du 25 juin 2001. Elle a attesté une incapacité de travail à 100 % du 21 avril 2000 au 25 février 2001 et à 50 % dès le 26 février 2001 pour une durée indéterminée. S'agissant du pronostic, elle a exposé les éléments suivants :

"Le pronostic me semble plutôt favorable, et je pense que cette patiente devrait pouvoir recouvrir une capacité de travail complète vraisemblablement d'ici la fin de l'année 2001, en précisant toutefois que des séquelles fonctionnelles vont vraisemblablement persister tant au niveau de l'épaule, que du coude et des 2 derniers rayons de la main D. Comme je l'ai mentionné dans mon rapport, je pense que cette patiente devrait pouvoir bénéficier de TTT de physiothérapie réguliers et surtout de TTT d'hydrokinésithérapie. Un TTT de relaxation devrait d'autre part être proposé, p. ex. d'eutonnie. Sur le plan médicamenteux, elle bénéficie d'un TTT antalgique, mais aussi

antidépresseur et anxiolytique. Je pense que comme mentionné ci-dessus une évaluation spécialisée psychiatrique est nécessaire afin de préciser l'attitude thérapeutique mais aussi le degré de l'incapacité de travail".

Dans un rapport médical du 9 novembre 2001, le Dr N. _____ a posé les diagnostics de fracture spiroïde distale de l'humérus droit et de polyarthralgie, tout en précisant que des complications avaient fait suite à la fracture précitée, soit un cal vicieux engendrant un flexum de 25° et un trouble de rotation de 10°-15°, ainsi qu'un Südeck secondaire majeur engendrant un syndrome épaule-main gelée. S'agissant du pronostic, il a indiqué que le flexum du coude n'avait aucune chance de s'améliorer vu l'optique thérapeutique initialement mise en place. Quant à la mobilité de l'épaule et de la main, elle devait progressivement s'améliorer et redevenir normale dans un délai de 1 à 2 ans après le traumatisme.

Le contrat de travail de l'assurée a finalement été résilié pour le 30 avril 2002. Le traitement de physiothérapie n'a pas été poursuivi, les douleurs alléguées par la patiente restant inchangées après neuf séances (rapport d'observation du Centre médical de [...] du 31 mai 2002). Un bilan psychologique était toutefois préconisé en raison d'une association importante entre les troubles fonctionnels présentés par la patiente et le vécu de son accident.

c) La W. _____ Assurances a mandaté le Dr V. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, pour la réalisation d'une expertise. Après avoir pris connaissance du dossier et procédé à un examen clinique de l'assurée, l'expert a notamment exposé ce qui suit dans son rapport du 27 août 2002 :

"(...)

Le bilan radiologique actuel, montre une fracture de l'humérus distal consolidée, en récurvatum 20°/ valgus 5°. Il n'y a pas d'altérations dégénératives de l'articulation du coude. Il n'y a pas d'évidence scintigraphique pour une algo-neuro-dystrophie active.

Compte tenu de ces éléments, le résultat radioclinique objectif est on ne peut plus satisfaisant. Comme cité plus haut, la mobilité de

l'épaule est quasi complète. La mobilité du coude n'est pas complète, mais permet une fonction proche de la norme. Rappelons qu'une mobilité de 130/20/0° permet la réalisation de 95 % des activités journalières. Il n'y a pas de signes d'épargne majeurs du membre supérieur droit. L'origine du déficit de mobilité des doigts 4 et 5 reste obscure. Il est possible qu'un syndrome algo-neuro-dystrophique atypique soit survenu en cours de route (sans activité résiduelle actuelle). Cette limitation ne devrait toutefois pas avoir une telle répercussion sur la fonction de ces doigts. En effet, l'épargne totale de ces deux doigts n'engendre que 30-35 % de limitation de la force de préhension. Les valeurs extrêmement basses obtenues par le dynamomètre, du côté droit, laissent songeur.

D'autre part, sur la base des entités anatomo-cliniques connues, nous n'avons pas d'explication en ce qui concerne les douleurs cervico-brachiales atypiques et les rachialgies alléguées par la patiente. L'IRM cervical s'est avéré normal. Il n'y a pas de déficit neurologique périphérique à l'EMG. En revanche, les signes de non-organicité (Waddell) sont bien présents (hypersensibilité à la pression, brachialgies atypiques, fréquentes grimaces).

Pour finir, la déformation résiduelle modeste au niveau de l'humérus (récurvatum, valgus, possible dérotation interne) n'engendre habituellement pas de troubles fonctionnels significatifs, tels qu'on peut observer lors de telles déformations au niveau des membres inférieurs.

En définitive, il existe une nette discordance entre les éléments objectifs modestes, et les éléments subjectifs, présents de manière floride, dépassant le cadre d'entités anatomiques connues. Compte tenu de ces éléments, la participation, de manière prépondérante, de facteurs extra-anatomiques dans l'évolution du cas doit être évoquée.

Ainsi, il n'y a pas de contre-indication, du point de vue orthopédique. A ce que Mme M. _____ puisse retrouver son activité antérieure. Etant donné la chronicité et la situation globale plutôt défavorable du cas, la reprise du travail devrait se faire par paliers, permettant un ré-entraînement adéquat. Une reprise actuelle à 50 % est proposée. Une augmentation à 75 % de la capacité devrait avoir lieu dans deux mois. A terme, c'est-à-dire d'ici fin 2002, la patiente devrait retrouver une activité proche de la norme ou normale. Cette capacité devrait être réévaluée durant le premier semestre 2003".

d) L'OAI a sollicité l'avis de son Service médical régional (SMR). Par avis médical du 16 octobre 2002, le Dr G. _____ a estimé qu'une expertise psychiatrique s'imposait et que la Dresse R. _____ devait se déterminer quant à la capacité de travail dans une activité adaptée, tout en précisant les limitations fonctionnelles tant dans l'activité précitée que dans l'activité habituelle.

Dans un rapport complémentaire du 27 janvier 2003, la Dresse R._____ a attesté une incapacité de travail à 100 % du 21 avril 2000 au 25 avril 2001, à 50 % du 26 février au 30 juin 2001 et à 100 % dès le 1^{er} juillet 2001. Elle a notamment relevé les éléments suivants :

"L'évolution depuis l'été est favorable quant à la fonction articulaire du coude D qui est le siège d'une légère limitation en flexion avec un flexum persistant mais en nette amélioration.

Il persiste aujourd'hui des séquelles de maladie de Südeck au niveau des deux derniers rayons de la main, avec une raideur articulaire modérée et de légers troubles trophiques, sans signe inflammatoire local. Quant à l'épaule D, elle est le siège d'une limitation antalgique d'origine peu claire, les douleurs étant diffusément mal systématisées, aucun élément net pour un conflit sous-acromial n'étant retrouvé. Les radiographies réalisées récemment sont par ailleurs normales, et il n'y a pas de signe scintigraphique en faveur d'une maladie de Südeck active au MSD à l'examen réalisé en août 2002.

Quant aux cervicalgies, elles persistent, invalidantes, avec rappelons-le des radiographies dans les limites de la norme en mars 2001, une IRM cervicale réalisée le 14.02.01 n'ayant démontré aucune anomalie. Je ne décèle le jour de l'examen ni syndrome cervicovertébral, ni syndrome radiculaire irritatif ou déficitaire.

J'avais à l'époque évoqué le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique, la patiente présentant actuellement une humeur franchement dépressive avec des troubles du sommeil et un seuil douloureux fortement abaissé. L'attitude démonstrative frappe avec le peu d'anomalie retrouvé à l'examen clinique et suggère fortement une surcharge psychogène, raison pour laquelle une évaluation psychiatrique est nécessaire.

Comme mentionné précédemment les limitations fonctionnelles au MSD sont très modérées, et théoriquement ne justifient pas d'incapacité de travail dans une activité adaptée qui n'imposerait pas de manutention trop importante ou de port de charge. Relevons que Mme M._____ ne travaillait pas que comme caissière de restaurant mais qu'elle pratiquait également la mise en place et le débarrassage des tables ce qui représente une manutention non négligeable. Je pense que dans cette activité la capacité de travail est de 50 % au moins".

e) La W._____ Assurances a également mis en œuvre une expertise psychiatrique. Dans son rapport du 25 juillet 2003, le Dr S._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, a retenu que l'assurée présentait un état dépressif de gravité légère, 1^{er} épisode,

chronique puisqu'il persistait depuis plus de deux ans, ainsi qu'un état post-traumatique sous forme fruste de type paucisymptomatique. Il a estimé que d'un point de vue psychiatrique, l'incapacité de travail était de 50 % du 21 avril 2000 au 31 décembre 2002, "par souci de gain de paix" et de 30 % dès le 1^{er} mars 2003 en raison de l'évolution partiellement favorable de l'état de stress post-traumatique dans toute activité adaptée à ses limitations physiques. Il a en outre préconisé l'introduction d'un antidépresseur léger pour une durée de 6 à 12 mois afin de maintenir ou d'augmenter sa capacité de travail d'un point de vue strictement psychiatrique. Il a enfin relevé qu'une aide au placement pourrait s'avérer judicieuse afin d'éviter une chronicisation de sa situation. Certains indices semblaient en effet indiquer que l'assurée se réfugiait, consciemment ou inconsciemment, derrière ses limitations physiques pour éviter de se confronter au monde du travail. Les facteurs, tels que l'absence de qualification professionnelle, les problèmes linguistiques expliquaient probablement en grande partie cette attitude.

f) Après avoir notamment pris connaissance des rapports d'expertise des Drs V._____ et S._____, le SMR a, dans un rapport du 20 août 2003, retenu les diagnostics d'état dépressif majeur de gravité légère et de status après fracture diaphyse spiroïde distale de l'humérus droit. Il a estimé que l'incapacité de travail était de 100 % du 21 avril 2000 au 26 février 2000 [recte 2001], de 50% du 26 février 2000 [recte 2001] au 30 juin 2001, de 100 % du 1^{er} juillet 2001 au 27 août 2002, de 50 % du 28 août au 31 décembre 2002 et de 30 % dès janvier 2003. La capacité de travail était dès lors de 70 % tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

Par décision du 4 février 2004, l'OAI a octroyé une demi-rente d'invalidité à partir du 21 avril 2001 (soit à l'issue du délai d'attente d'un an). Vu l'aggravation de son état de santé dès le 1^{er} juillet 2001, l'assurée avait droit à une rente entière dès le 1^{er} octobre 2001 (soit après trois mois d'aggravation). En raison de l'amélioration de son état de santé à compter du 28 août 2002, l'assurée avait droit à une demi-rente dès le 1^{er} novembre 2002 (soit après trois mois d'amélioration). Dès le 1^{er} janvier

2003, une incapacité de travail de 30 % est attestée. L'OAI a par conséquent procédé à une évaluation de sa capacité de gain. Il a ainsi estimé que l'assurée aurait pu reprendre l'activité qu'elle exerçait auprès de B._____ SA à un taux de 70 % et réaliser un revenu annuel de 30'840 fr. Un tel revenu, comparé au gain de 44'057 fr. auquel elle aurait pu prétendre sans atteinte à la santé, permettait de conclure à une perte de gain de 13'217 fr., ce qui correspondait à un taux d'invalidité de 29 %, insuffisant pour maintenir le droit à la rente. Par conséquent, la demi-rente d'invalidité devait être supprimée au 31 mars 2003 (soit après trois mois d'amélioration). L'OAI a enfin relevé qu'aucune mesure d'ordre professionnel n'était de nature à limiter le préjudice économique étant donné que l'incapacité de travail existait dans toute activité. En outre, un taux de 70 % ne représentait pas une exception dans le domaine d'activité de l'assurée, raison pour laquelle il n'y avait pas lieu de prévoir une aide au placement.

Par décision sur opposition du 8 juin 2005, l'OAI a maintenu sa décision relative à la suppression de la demi-rente d'invalidité dès le 31 mars 2003. Il a toutefois repris l'instruction du dossier s'agissant de la mise en place d'éventuelles mesures professionnelles.

g) Par communication du 16 juin 2005, l'OAI a informé l'assurée qu'il prenait en charge les frais pour une observation professionnelle à 100 % auprès du COPAI à [...] pour une durée de quatre semaines afin d'examiner les aptitudes de l'intéressée à la réadaptation professionnelle et sa capacité de travail. Le stage d'observation professionnelle s'est déroulé du 26 septembre au 28 octobre 2005. Dans un rapport du 9 décembre 2005, les maîtres de stage ont estimé que dans un environnement compréhensif, valorisant et respectant l'alternance des positions, ne sollicitant que modestement l'utilisation des membres supérieurs, et moyennant une mesure de réentraînement de trois mois environ, l'assurée pouvait être active toute la journée avec un rendement de 60 %. Ce rendement pouvait subir une légère amélioration en cas de réintégration réussie dans une nouvelle profession. La baisse de rendement de 40 % était liée à la lenteur des mouvements et à la non-

utilisation constante de la main droite dominante. Le manque de dynamisme et de motivation, ainsi qu'un état quelque peu dépressif et revendicateur jouaient en outre certainement un rôle malgré une personne collaborante et assidue.

Par communication du 11 mai 2006, l'OAI a octroyé à l'assurée une orientation professionnelle et un soutien dans ses recherches d'emploi. Toutefois, l'OAI a cessé son intervention le 2 février 2007, l'assurée ne se sentant pas en mesure de reprendre une activité professionnelle (décision du 5 juin 2007 de l'OAI).

h) Dans l'intervalle, soit par décision du 3 octobre 2006, la W._____ Assurances a indiqué qu'elle mettait fin au versement de l'indemnité journalière fondée sur un taux de 25 %, conformément au rapport d'expertise du Dr V._____ avec effet au 31 octobre 2003. Elle a en outre octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 %, ascendant à 5'340 francs.

B. a) Le 13 octobre 2009, M._____ a formulé une nouvelle demande de prestations AI en raison d'une aggravation de son état de santé tant sur le plan physique que psychique. A l'appui de cette demande, elle a produit divers certificats médicaux de ses médecins traitants.

Ainsi, dans un certificat médical du 16 juin 2009, le Dr Z._____, spécialiste en médecine générale, a relevé que l'assurée était suivie pour des douleurs persistantes au niveau cervico-brachial droit et du coude droit engendrant une limitation de la mobilité du coude droit et une symptomatologie douloureuse régionale dans le cadre d'un éventuel syndrome algoneurodystrophique intercurrent.

Par courrier du 24 juin 2009 adressé au Dr Z._____, le Dr H._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, a posé les diagnostics de cervico-brachialgies récurrentes sans signe radiculaire

irritatif ou déficitaire, de tendinopathie de la patte d'Oie droite récurrente et de syndrome de fatigue chronique.

Dans un certificat médical du 16 juillet 2009, le Dr Q._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a mentionné que sa patiente présentait un état dépressif léger à moyen et a attesté une incapacité de travail de 20 à 40 %. Dans un certificat médical ultérieur du 24 septembre 2009, le Dr Q._____ a retenu une incapacité de travail de 50 % en raison de l'aggravation de l'état dépressif qui était moyen.

Au vu de ces éléments, l'OAI a sollicité l'avis de son Service médical régional (SMR) qui a préconisé un examen clinique rhumatologique et psychiatrique (avis médical du 19 février 2010).

Dans un rapport du 26 mai 2010 faisant suite à un examen clinique rhumatologique et psychiatrique, les Drs C._____, spécialiste en médecine physique et rééducation, O._____, spécialiste en psychiatrie et A._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics suivants :

"- avec répercussion durable sur la capacité de travail

- Status post-fracture de l'humérus distal avec consolidation en défaut d'axe survenue en 2000, avec cervico-sapulo-brachialgies D consécutives persistantes (M 25.5/S 42.4)
- Gonalgies résiduelles après intervention probablement sur le ménisque et début d'arthrose rétro-patellaire (M.22.2)

-sans répercussion sur la capacité de travail

- Rachialgies non spécifiques dans le contexte d'un trouble statique et d'une insuffisance posturale et de dysbalances musculaires.
- Episode dépressif léger, sans syndrome somatique. F 32.00
- Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. F 68.0".

S'agissant de l'appréciation du cas, les praticiens précités ont notamment exposé ce qui suit :

"(...)

En conclusion, cette assurée présente comme atteintes subjectives et handicapantes à la santé des douleurs et des limitations fonctionnelles au bras D suite à une fracture distale pluri-fragmentaire de l'humérus en 2000, consolidée avec un certain défaut d'axe. L'évolution est bien documentée par différents

examens cliniques et radiologiques. L'examen clinique actuel est superposable à celui du Dr V. _____ en 2003, la mobilité cervicale s'est même améliorée. S'y ajoutent depuis 2008 des douleurs au genou D où une déchirure des ménisques, une plica volumineuse, des kystes méniscaux externe et une synoviale inflammatoire avec un début d'arthrose rétro-patellaire sont constatés. L'évolution clinique et anamnestique après l'intervention du 28.05.2008 est favorable. Globalement, la situation ostéo-articulaire n'a pas significativement changé depuis l'expertise et la prise de décision en 2003.

L'observation clinique montre que l'assurée n'a pas de handicap majeur fonctionnel de la part du genou et du bras D et il n'y a donc aucune raison ostéo-articulaire pour qu'elle ne reprenne pas une activité professionnelle à plein temps dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. En comparant les différents examens, on note que le niveau algique a diminué, l'assurée s'est visiblement adaptée sur le plan fonctionnel à son handicap, l'apparition d'un problème au niveau du genou ne peut pas être la raison pour une diminution de la capacité de travail. A noter qu'il y a plusieurs signes en faveur d'un processus non organique.

D'un point de vue psychiatrique on note que depuis 2001, suite à un accident de la circulation, l'assurée présente des douleurs avec une évolution chronique. Progressivement, elle développe une légère symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle d'accompagnement, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome de ses douleurs chroniques.

(...)

Nous n'avons pas objectivé d'état de stress post-traumatique de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, car les critères cliniques de la CIM-10 ne sont pas réunis.

Nous avons retenu le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques qui est caractérisé par la présence de symptômes physiques compatibles avec un trouble, une maladie ou un handicap physique, mais amplifiés ou entretenus par l'état psychique de l'assurée. Ce diagnostic n'a aucune incidence sur la capacité de travail.

En conclusion, sur le plan psychiatrique, aucune aggravation de longue durée n'a été objectivée et par conséquent, l'état de l'assurée est stationnaire et la capacité de travail exigible est de 70 % dans toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles somatiques".

b) En date du 11 mai 2011, l'OAI a adressé à M. _____ un projet de décision dans le sens d'un refus de rente d'invalidité. Considérant que la capacité de travail de l'assurée était de 70 % dans une activité adaptée

dès 2003, l'OAI a procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'assurée. Sur la base d'un revenu mensuel de 4'116 fr. selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) dans une activité simple et répétitive dans le secteur privé (production et services) en 2008, compte tenu du temps de travail hebdomadaire moyen effectué dans les entreprises en 2008 (41.6 heures), de l'évolution des salaires nominaux de 2008 à 2010 (+2.1 %) et d'un taux d'abattement de 10 %, l'OAI a estimé que l'assurée était en mesure de réaliser un revenu annuel de 33'041 fr. 25. Un tel revenu, comparé au gain de valide de 48'391 fr., mettait en évidence une perte de gain de 15'349 fr. 75, ce qui correspondait à un taux d'invalidité de 32 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

Dans le cadre de sa contestation, l'assurée a produit un courrier du 22 juin 2011 adressé au Dr Z._____ par lequel le Dr H._____ préconisait la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire neutre au vu du tableau douloureux chronifié et cristallisé motivant un arrêt de travail. Par courrier du 8 juillet 2011 adressé à l'OAI, le Dr Q._____ a relevé la persistance d'un état dépressif de degré moyen avec des phases d'aggravation réactionnelles à des difficultés existentielles motivant une incapacité de travail d'environ 50 %. Par courrier du 28 juin 2011, le Dr Z._____ a précisé qu'au vu de la chronicité des problèmes de santé rencontrés par sa patiente, le pronostic était réservé, l'assurée était toujours en arrêt de travail.

Par décision du 2 novembre 2011 dont la motivation figure dans une lettre séparée portant la même date, l'OAI a confirmé son projet de décision du 11 mai 2011, les arguments développés par l'assurée à l'appui de sa contestation n'étant pas de nature à remettre en question ledit projet.

C. Par acte du 4 décembre 2011, M._____ recourt contre la décision du 2 novembre 2011 et conclut à l'octroi d'un trois-quart de rente, voire d'une demi-rente, en raison de l'aggravation de son état de

santé depuis juin 2005. Elle produit un certificat médical du 5 décembre 2011 du Dr Z. _____ qui conclut à une capacité de travail de 50 %. La recourante sollicite enfin l'octroi de l'assistance judiciaire, au vu des très faibles revenus de son mari.

Dans sa réponse du 13 février 2012, l'intimé conclut au maintien de la décision attaquée et au rejet du recours.

Dans sa réplique du 2 mars 2012, la recourante transmet un certificat médical du 22 février 2012 du Dr Q. _____ qui a attesté une incapacité de travail de 60 à 70 % en raison d'un état dépressif moyen à sévère évoluant vers la chronicité. Elle a également remis une demande d'assistance judiciaire dûment remplie.

Dans sa duplique du 29 mars 2012, l'intimé a transmis un avis médical du 23 mars 2012 de la Dresse A. _____ du SMR auquel il se réfère.

E n d r o i t :

1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances sociales institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et immédiatement applicable (art. 117 al. 1 LPA-VD). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Interjeté le 4 décembre 2011, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 LPGGA). Il respecte en outre les autres exigences légales de recevabilité (art. 61 let. b LPGGA; art. 79 al. 1 LPA-VD applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur le point de savoir si l'état de santé s'est péjoré, depuis la décision sur opposition du 8 juin 2005, au point d'ouvrir désormais droit à une rente.

a) Aux termes de l'art. 8 LPGGA, 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 LPGGA, 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'art. 6 al. 1 LPGGA définit la notion d'incapacité de travail 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. L'art. 6 al. 2 LPGGA précise qu'en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40 % au moins; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de

50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière. L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes: a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins.

b) 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 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).

Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b, TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2). Dans une telle situation, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient, à examiner par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, 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).

3. En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations de la recourante. Il y a dès lors lieu d'examiner si l'état de santé de cette dernière s'est péjoré au point d'entraîner une perte de gain qui ouvrirait droit à une rente, en procédant à la comparaison des situations de fait existant au moment de la décision du 8 juin 2005 et de la décision litigieuse du 2 novembre 2011.

a) Il n'est pas contesté que l'intéressée présente une atteinte au niveau du bras droit suite à un accident de la circulation le 21 avril 2000 ayant entraîné une fracture multi-fragmentaire de l'humérus distale droit qui s'est consolidée avec un petit défaut au niveau de l'axe. Dans son rapport d'expertise du 27 août 2002, le Dr V. _____ a conclu à l'absence d'altérations dégénératives de l'articulation du coude et d'algo-neuro-dystrophie active. Dans le cadre de l'examen clinique, il a constaté que la mobilité de l'épaule était quasi complète et celle du coude proche de la norme, puisqu'elle permettait la réalisation de 95 % des activités journalières. Il n'y avait pas de signes d'épargne majeurs du membre supérieur droit. L'origine du déficit de mobilité des doigts 4 et 5 restait obscure. S'agissant des douleurs cervico-brachiales atypique et des rachialgies alléguées par la patiente, l'expert n'avait pas trouvé d'explications, l'IRM cervical s'avérant normal et l'EMG ne révélant pas de déficit neurologique périphérique. En revanche, les signes de non-organicité (Waddell) étaient bien présents (hypersensibilité à la pression, brachialgies atypiques, fréquentes grimaces). Le Dr V. _____ a par conséquent retenu que la recourante devait retrouver une activité proche de la norme ou normale dès la fin 2002. Sur le plan psychiatrique, le Dr S. _____ a, dans son rapport d'expertise du 25 juillet 2003, conclu à une incapacité de travail de 30 % en raison d'une faiblesse psychologique. C'est sur la base des éléments médicaux précités que l'intimé a retenu que l'assurée était en mesure de travailler à 70 % dans l'activité antérieure ou adaptée, tout en concluant à une invalidité globale de 29 %

(après comparaison des revenus avec et sans invalidité), taux insuffisant pour ouvrir le droit à la rente.

b) A l'appui de sa nouvelle demande de prestations, M. _____ a indiqué qu'elle présentait une aggravation de son état de santé en se référant notamment à un certificat médical du 24 juin 2009 du Dr H. _____ faisant état d'une pathologie au niveau du genou. Au vu de ces éléments, le SMR a estimé qu'il convenait de procéder à un examen clinique rhumatologique et psychiatrique. Sur le plan somatique, les Drs C. _____, O. _____ et A. _____ (rapport du 26 mai 2010) ont constaté une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, soit une activité semi-sédentaire légère (limitant le port de charges à 5 kg en mono-manuel, excluant la position accroupie ou agenouillée et évitant la montée ou la descente d'escaliers, d'échelles ou pentes à répétition) ne sollicitant pas trop le bras droit. Sur le plan psychiatrique, ils ont posé le diagnostic d'épisode dépressif léger, sans syndrome somatique, ainsi que de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Ces atteintes n'entraînaient pas une incapacité de travail supérieure à 30 % dans une activité physiquement adaptée.

Il convient de reconnaître une pleine valeur probante au rapport du 26 mai 2010 du SMR. Ce dernier contient ainsi une anamnèse détaillée, une description des plaintes et des données subjectives de l'assurée, les résultats des examens et consultations spécialisées, les diagnostics selon la CIM-10 (classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes), une appréciation du cas et une motivation relative à la capacité de travail finalement constatée. Ces éléments découlent des pièces figurant au dossier de l'OAI, ainsi que des examens rhumatologique et psychiatrique. Partant, l'expertise, détaillée, remplit les critères posés par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a).

c) M. _____ n'a produit aucun document médical de nature à mettre en doute la pertinence des constatations des Drs C. _____, O. _____ et A. _____. Sur le plan psychiatrique, le Dr Q. _____ a notamment contesté l'appréciation de la capacité de travail retenue par la Dresse A. _____, mais admettait lui-même en juillet ou août 2009, une incapacité de travail de 20 à 40 %, ce qui correspond à l'appréciation qui avait été faite auparavant par le Dr S. _____ (30 %). Le Dr Q. _____ admet ensuite, en septembre 2009, une incapacité de travail de 50 % en raison d'un état dépressif qui est passé du degré "léger à moyen" au degré "moyen", sans étayer son point de vue. On ignore ainsi tout des examens qu'il a personnellement mis en oeuvre et du raisonnement qui lui a permis d'aboutir à cette appréciation. En juillet 2011, il dresse le même constat qu'en septembre 2009 en fournissant un rapport qui reste succinct. Le rapport des Drs O. _____ et A. _____ emporte la conviction, dans la mesure où il s'avère complet et probant. Par la suite, soit postérieurement à la décision attaquée, le Dr Q. _____ a attesté un état dépressif moyen à sévère et une incapacité de travail de 60 à 70 % en précisant bien qu'il s'agit d'une chronification et d'un approfondissement des troubles psychiatriques (certificat médical du 22 février 2012). Compte tenu de ce rapport, une péjoration de l'état de santé de la recourante n'est pas exclue. Il n'est toutefois pas vraisemblable qu'une telle péjoration ait duré suffisamment le cas échéant, pour ouvrir droit aux prestations au moment de la décision litigieuse du 2 novembre 2011. A cet égard, on observera que le Dr Q. _____ attestait encore en juillet 2011, exactement comme en septembre 2009, un état dépressif de degré moyen et une incapacité de travail de 50 %, ce qui indique un état stationnaire entre septembre 2009 et juillet 2011. Enfin, sur le plan somatique, la recourante n'a pas contesté les conclusions du Dr C. _____, lequel a retenu des limitations fonctionnelles plus importantes en raison de la pathologie du genou excluant ainsi la reprise de l'activité habituelle de dame de buffet. La comparaison de revenus effectuée par l'intimé, qui ne prête pas flanc à la critique, démontre toutefois que la capacité de travail résiduelle de la recourante dans une activité adaptée exclut une augmentation du taux d'invalidité de nature à ouvrir droit à la rente.

7. a) Au vu de ce qui précède, il convient de rejeter le recours et de confirmer la décision litigieuse, étant toutefois précisé que les actes de procédure de la recourante et le rapport du mois de février 2012 du Dr Q._____ pourront être considérés comme une nouvelle demande par l'OAI, ce qui devrait en principe justifier un complément d'instruction. L'OAI semble d'ailleurs l'admettre lui-même dans ses déterminations du 29 mars 2012.

b) La procédure est onéreuse et les frais de justice sont mis à la charge de la recourante vu le sort des conclusions (art. 69 al. 1^{bis} LAI). La recourante a déposé une demande d'assistance judiciaire, mais une avance de frais de 400 fr. a été exigée par erreur. Elle s'en est acquittée. Par ailleurs, les renseignements qu'elle a donnés sur sa situation financière ne permettent pas de considérer que les conditions posées par l'art. 18 al. 1 LPA-VD à l'octroi de l'assistance judiciaire sont remplies. En effet, avec des revenus nets de 3'650 fr. par mois, la recourante et son époux sont en mesure d'acquitter des frais de justice de 400 fr. sans se priver du nécessaire. Leur minimum vital, avec leurs deux enfants, est de 2'300 fr., auxquels il convient d'ajouter le loyer (634 fr.) et les frais d'assurance-maladie restant à leur charge (90 fr.). Même en tenant compte d'un minimum vital élargi, ces charges restent en deçà des revenus nets. Partant, la requête d'assistance judiciaire doit être rejetée dans la mesure où elle n'est pas sans objet.

c) Vu le sort de la cause, la recourante supportera les frais de la procédure. Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario), la recourante succombant dans ses conclusions.

**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 2 novembre par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. La requête d'assistance judiciaire est rejetée, dans la mesure où elle n'est pas sans objet.
- IV. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.
- V. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- M. _____ (recourante), à [...],
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004

Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :