

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 14 juin 2014

---

Présidence de        Mme     RÖTHENBACHER  
Juges     :        M.     Métral et M. Monod, assesseur  
Greffier     :        M.     Germond

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**C.** \_\_\_\_\_, à Montreux, recourante, représentée par Me Michèle Meylan,  
avocate à Vevey,

et

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

---

**Art. 29 al. 2 Cst. ; 6 ss, 17, 42 et 44 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 et 2  
LAI**

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

**A.** C.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1960, bénéficiait d'une demi-rente (fondée sur un degré d'invalidité de 63%) dès le 1<sup>er</sup> mars 1994. Par décision du 23 décembre 1999, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a rejeté une demande de révision déposée par l'assurée, qui alléguait un changement (aggravation) de son état de santé.

Le 19 février 2002 et sur mandat de l'OAI, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a rendu un rapport d'expertise relatif à l'état de santé de l'assurée. Il posait les diagnostics de dysthymie légère « subclinique », de trouble somatoforme indifférencié, d'antécédents de trouble de l'anxiété de la petite enfance (axe I) et de personnalité à traits passifs - dépendants (axe II). Sur le plan de la capacité de travail, l'expert relevait que le fonctionnement psychique était à l'origine de troubles psychosomatiques ou de conversion en situation de stress et qu'il y avait une incapacité de travail d'au minimum 40% dans l'activité de ménagère et de 50% à 70% dans une activité professionnelle dans le circuit économique normal.

Dans un rapport médical du 10 septembre 2002, le Dr D.\_\_\_\_\_, interniste FMH, a décrit la situation de l'assurée comme inchangée.

Dans un projet de décision du 11 octobre 2002, l'Office AI a informé l'assurée de son intention de supprimer le droit à la rente. Il a expliqué qu'il considérait celle-ci comme active à 30% et ménagère à 70%. Il n'y avait donc aucune perte de gain de l'assurée en tant qu'active étant posé que la capacité de travail résiduelle de celle-ci était supérieure (40%) au taux d'activité. Pour la part ménagère, le degré d'invalidité était de 28%, correspondant au degré d'invalidité total.

Ce projet a été confirmé par une décision du 6 mars 2003 qui a fait l'objet d'une opposition de la part de l'assurée, rejetée par décision du 11 juin 2003.

**B.** Le 6 juillet 2003, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI, arguant qu'elle n'avait plus de motif de travailler, sa fille ayant obtenu une place d'apprentissage depuis le 16 mai 2003.

Par décision du 19 août 2003, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'il refusait d'entrer en matière sur la demande de prestations en question.

**C.** Le 3 juin 2009, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI sous la forme de rente. Elle indiquait être divorcée depuis le 10 septembre 2008. Etait notamment joint, un certificat médical établi le 25 mai 2009 par son médecin traitant (Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale à [...]) indiquant qu'elle était en incapacité de travailler à 70% du 1<sup>er</sup> janvier 2006 au 30 juin 2009.

Dans un questionnaire 531bis complété le 19 juin 2009, l'assurée indiquait que si elle était en bonne santé, elle travaillerait à 100% puisque divorcée, elle devait s'assumer seule, étant toutefois précisé qu'elle devait toucher de la part de son ex-époux une pension jusqu'au 30 avril 2011.

Dans un rapport du 24 juin 2009, le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en gastro-entérologie, a posé le diagnostic d'oesophagite à éosinophiles sans influence sur la capacité de travail. Ce médecin précisait ne plus avoir revu l'assurée depuis le 27 août 2007.

Le 9 juillet 2009, le Dr W.\_\_\_\_\_ a établi un rapport dans lequel les diagnostics suivants ayant un effet sur la capacité de travail ont été posés :

"Etat dépressif et insomnie (1993)  
Fibromyalgie (1999)  
Hypotension (1973)

Syndrome de fatigue chronique (1999)  
Dorsolombalgie chronique avec crises de sciatalgies récurrentes sur discopathies étagées (2006).”

L'assurée a répondu négativement, le 9 décembre 2009, à la question de savoir si elle était suivie par un rhumatologue ou un psychiatre. En conséquence, un examen clinique bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) de l'assurée a été pratiqué le 15 avril 2010 dans les locaux du Service Médical Régional (SMR) de l'AI par les Drs A.\_\_\_\_\_, ancienne médecin-chef adjointe en psychiatrie, et E.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH. Le rapport de ces médecins du 21 juin 2010, également signé du Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en orthopédie, se concluait ainsi :

#### “DIAGNOSTICS

- avec répercussion durable sur la capacité de travail
- AUCUN
  
- sans répercussion sur la capacité de travail
- FIBROMYALGIE.
- RACHIALGIES AVEC SCIATALGIES INTERMITTENTES DANS LE CONTEXTE D'UN LÉGER TROUBLE STATIQUE, D'UNE ÉBAUCHE DE DISARTHROSE C4-C6 ET D'UNE DISCOPATHIE DÉBUTANTE L5-S1 AVEC DYSBALANCES MUSCULAIRES.
- ARTHROSE FÉMORO-PATELLAIRE CLINIQUEMENT POSSIBLE.
- STATUS POST-TRAITEMENT D'UNE ENDOMÉTRIOSE.
- STATUS CURE DE HERNIE INGUINALE D.
- ALLERGIES MULTIPLES.
- INFECTIONS URINAIRES À RÉPÉTITION.
- DYSTHYMIE F34.1
- TROUBLE DÉPRESSIF RÉCURRENT, ACTUELLEMENT EN RÉMISSION F33.4

#### APPRÉCIATION DU CAS

Cette assurée est donc à sa deuxième demande de prestations AI en vue d'une rente. Sur le plan ostéo-articulaire, elle se plaint de douleurs qui prennent littéralement tout le corps, à l'exception de la tête et des plantes des pieds.

Lors de l'examen de ce jour, on est en face d'une dame de 50 ans, en bon état général, présentant un discret excès pondéral. Le status de la médecine interne générale est dans les limites de la norme si l'on fait abstraction d'une palpation légèrement douloureuse du bas ventre (apparemment dans le contexte d'une cystite actuelle).

Le status ostéo-articulaire met en évidence un discret trouble de la statique rachidienne avec une scoliose en S sinistro-convexe au niveau lombaire équilibrée et une légère insuffisance posturale. La mobilité active et passive du rachis est tout à fait satisfaisante pour l'âge, à l'exception d'une discrète diminution de l'inclinaison latérale lombaire D. On mesure ainsi une distance doigts-sol de 24 cm et doigts-orteils de 12 cm en position assise, un index de Schober de

30-32 cm, respectivement 10-14 cm. Tous ces mouvements font mal. La musculature cervico-scapulaire et para-vertébrale est cependant tout à fait souple et pas spécifiquement douloureuse à la palpation.

Toutes les grandes articulations périphériques sont bien mobiles, mais la mobilisation est douloureuse. Aux membres supérieurs, on ne trouve pas d'indices en faveur d'une lésion de la coiffe des rotateurs, d'un processus inflammatoire ou dégénératif. La force musculaire est bonne, il n'y a pas d'amyotrophie. Concernant les membres inférieurs, on note un tableau compatible avec une arthrose fémoro-patellaire bilatérale avec un signe de Zohlen positif et des petites crépitations lors de la mobilisation. La mobilité du genou est cependant tout à fait bonne, les ligaments sont stables et il n'y a pas d'épanchement.

Le status neurologique ne montre pas de déficit sensitivo-moteur radiculaire ou périphérique, le trouble de la sensibilité (« plus chatouilleux à gauche ») est diffus. 2/5 signes en faveur d'un processus non organique sont présents, ne permettant pas de retenir ce diagnostic.

Le dossier radiologique est mince, on a une IRM de la hanche et des radiographies des épaules qui datent de plus de 10 ans et qui ne montrent aucune atteinte ostéo-articulaire significative. On en a demandé des nouvelles: on y trouve une discrète discopathie C4-C6 et L5-S1 ne dépassant pas les modifications que l'on peut attendre dans cette tranche d'âge. L'examen radiologique des genoux est dans les limites de la norme (31.05.2010).

En résumé, cette assurée présente des douleurs ubiquitaires et diffuses épargnant seulement la tête et les plantes des pieds. Objectivement on trouve une certaine limitation de la mobilité lombaire active sans syndrome lombaire. En plus, il y a des signes cliniques en faveur d'une arthrose fémoro-patellaire bilatérale qui n'est cependant pas confirmée par les radiographies récentes et qui n'a que très peu d'impact sur la vie de tous les jours. Il n'y a pas de signes cliniques évoquant une hyperlaxité, respectivement une hypermobilité articulaire généralisée. L'assurée qui ne fait pas beaucoup d'activités physiques, montre les premiers signes d'un déconditionnement focal et global avec dysbalances musculaires.

Les douleurs étendues ne touchant pas exclusivement les tender-points décrits, ne correspondent pas exactement au tableau clinique classique de la fibromyalgie, mais c'est le diagnostic maintenu par le médecin traitant en 2009. A l'époque de l'octroi de la rente, le Dr L.\_\_\_\_\_ parlait de somatisation (31.12.1994), et dans son expertise de 19.02.2002, le Dr M. M.\_\_\_\_\_ retenait le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié. Selon la jurisprudence actuelle, la fibromyalgie est un équivalent du trouble somatoforme douloureux, non handicapant si les critères de sévérité ne sont pas remplis (voire la discussion du psychiatre). Concernant la fatigue alléguée, on soulignera que l'assurée est plutôt vive, souriante, sans traits tirés. Une aggravation n'a pas pu être démontrée, les plaintes décrites sont d'ailleurs les mêmes depuis de longues années.

On ne prend donc en compte qu'une certaine difficulté au niveau lombaire et aux genoux, avec les limitations fonctionnelles y relatives. Une incapacité de travail de 70%, comme l'atteste le médecin traitant, n'est alors pas justifiée par ces atteintes ostéo-articulaires plutôt légères. Par conséquent, la capacité de travail est entière dans une activité adaptée.

Sur le plan psychiatrique : l'anamnèse psychiatrique permet de constater quelques traits de personnalité dépendante dès son adolescence. Toutefois, ces traits de personnalité n'ont pas été à l'origine d'une atteinte à la santé mentale ayant des répercussions sur la capacité de travail. Par contre, le sentiment d'injustice présent dès son enfance, les échecs conjugaux vont être à l'origine d'une humeur « subdépressive » chronique, motif pour lequel une dysthymie est retenue. La dysthymie étant d'une intensité insuffisante pour retenir même un épisode dépressif léger, une répercussion sur la capacité de travail ne peut pas être retenue.

En outre, l'anamnèse permet de constater un premier épisode dépressif à 19 ans (1979), dans le contexte de la séparation de ses parents. Deuxième épisode lors de la grossesse de son fils (1982), la symptomatologie était présente lors du postpartum aussi. Troisième épisode lors de la demande de prise en charge chez le Dr. L. \_\_\_\_\_, à l'origine d'une demi-rente. Ceci permet de retenir un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission.

Une première demande AI a été faite le 07.12.1994. L'assurée a été au bénéfice d'une ½ rente, le 26.10.1995 jusqu'au 11.10.2002. Suppression de la rente par DSO le 11.06.2003. L'expertise psychiatrique du Dr M. \_\_\_\_\_ du 19.02.2002 retenait une incapacité de travail de 50%. Nouvelle demande le 05.06.2009, son médecin traitant signale une aggravation de l'état de santé pour un état dépressif et insomnies, fibromyalgie, hypotension et dorso-lombalgies chroniques avec des sciatgies récurrentes sur discopathies étagées.

L'examen psychiatrique au SMR ne permet pas de constater une symptomatologie psychotique, dépressive ou anxieuse. L'assurée décrit une humeur « subdépressive » chronique, réactionnelle au divorce de ses parents, à un sentiment d'injustice depuis l'enfance et aux échecs sur le plan sentimental. Toutefois, dans l'absence des troubles cognitifs, et de perte d'intérêt et du plaisir pour les activités de la vie quotidienne et les activités habituellement agréables, un épisode dépressif ne peut pas être retenu. Ce symptôme correspond à une dysthymie, d'intensité légère, déjà retenue lors de l'expertise du Dr M. \_\_\_\_\_. Les critères pour retenir un trouble de la personnalité décompensé ne sont pas observés.

En ce qui concerne la jurisprudence vis-à-vis d'un trouble somatoforme douloureux dont la fibromyalgie et le syndrome de fatigue chronique sont des équivalents, une co-morbidité psychiatrique manifeste dans son intensité et sa durée n'est pas constatée depuis février 2002. D'après la description donnée par l'assurée elle-même, une perte d'intégration sociale ne peut pas être retenue. Ainsi, les critères de sévérité de la jurisprudence ne sont pas réunis.

Par rapport à une éventuelle rechute dépressive lors de sa séparation en 2008, signalé par le Dr W. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 9.7.2009, traité par une augmentation de la Fluctine, l'absence des symptômes dépressifs décrits dans ledit rapport, permet de conclure à une évolution favorable, évolution confirmée par l'examen psychiatrique au SMR et par l'anamnèse donnée par l'assurée elle-même.

Téléphone du 4.05.2010 avec le médecin traitant le Dr W. \_\_\_\_\_ : il est informé que l'examen clinique a eu lieu et qu'on devrait avoir le dossier radiologique pour conclure. Il nous fait savoir par la suite qu'il n'y a pas de nouvelles radiographies depuis 2000.

#### Limitations fonctionnelles

Sur le plan ostéo-articulaire, il n'y a pas de contre-indications à ses occupations professionnelles habituelles. Dans une activité qui lui permet de changer de temps en temps sa position et ne l'oblige pas à faire des genuflexions à répétition, la capacité de travail est entière.

Sur le plan psychiatrique: aucune limitation fonctionnelle.

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

Selon le médecin traitant depuis le 01.01.2006 (certificat du Dr W. \_\_\_\_\_ du 25.05.2009).

Sur le plan psychiatrique: l'assurée bénéficie d'une demi-rente d'octobre 1995 à octobre 2002.

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

70% dès lors selon le médecin traitant. Cette capacité de travail n'est pas justifiée par une atteinte ostéo-articulaire ou une autre maladie somatique.

Sur le plan psychiatrique : amélioration à partir de février 2002 (expertise du Dr. M. \_\_\_\_\_). Depuis, sauf une réaction dépressive de moins d'une année, lors de sa séparation, et qui a répondu favorablement à un ajustement du traitement pharmacologique, l'évolution de l'amélioration est stationnaire. Le trouble dépressif récurrent étant en rémission, d'après la jurisprudence, une comorbidité psychiatrique ne peut pas être retenue et le cumul des autres critères n'est pas constaté.

**CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE  
DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE OU DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE :  
100% DEPUIS : FÉVRIER 2002."**

Le 22 juillet 2010, le Dr V. \_\_\_\_\_, du SMR, a écrit que sur le plan somatique, il existait de discrets troubles statiques du rachis ainsi qu'une atteinte dégénérative correspondant à l'âge mis à part des signes d'une arthrose fémoro-patellaire, les articulations étaient libres. Il n'y avait pas de trouble neurologique. Les plaintes de douleurs n'épargnant que la tête et la plante des pieds ne trouvaient pas d'explication objective. Bien qu'atypiques, il s'agissait d'un équivalent de fibromyalgie. L'examen psychiatrique a montré un discret trouble de l'humeur correspondant à

une dysthymie, sans incidence sur la capacité de travail. L'anamnèse permettait de retenir un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission. Le médecin concluait que l'assurée restait capable d'exercer ses activités antérieures à plein temps ainsi que toute autre activité permettant d'alterner les positions et ne l'obligeant pas à des genuflexions répétitives.

Par projet de décision du 19 août 2010, l'Office AI a annoncé à l'assurée son intention de rejeter la demande de prestations au motif que l'examen clinique bidisciplinaire pratiqué au SMR n'avait pas permis de mettre en évidence l'existence d'une affection invalidante au sens de l'AI.

Par lettre du 17 septembre 2010, l'assurée a fait part à l'OAI de ses objections sur le projet précité. Elle demandait la réalisation d'une « contre-expertise ».

Dans sa réponse du 23 septembre 2010, l'OAI a indiqué ce qui suit à l'assurée :

“Nous vous informons que les pièces versées à votre dossier sont suffisamment complètes pour nous permettre de statuer en toute connaissance de cause.

Attendu que dans ce type particulier de procédure, il n'appartient pas à l'Office AI, mais à l'assuré, en cas de désaccord, de fournir les éléments de nature à modifier notre projet de décision, nous vous impartissons un délai au 15 novembre 2010 pour produire un rapport médical apportant des éléments médicaux nouveaux susceptibles de modifier notre détermination ou tout autre élément propre à constituer un motif de révision.

Passé cette date et sans nouvelles de votre part (ou si les éléments qui nous seraient apportés entre-temps ne renfermaient rien de nouveau), nous devons considérer que vous n'avez pas rendu plausible la modification de notre prise de position.”

Par décision du 10 décembre 2010, l'OAI a confirmé son projet de refus de prestations. Faute de recours interjeté à son encontre, cette décision est entrée en force.

**D.** Le 26 juillet 2011, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations. Dans une annexe, elle énumérait ses problèmes de santé

ajoutant qu'elle souffrait désormais d'une grave dépression. Elle joignait également une attestation médicale du Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du 28 juin 2011. Ce certificat avait notamment la teneur suivante :

“Mme C.\_\_\_\_\_ souffre d'une fibromyalgie qui entraîne une symptomatologie invalidante et significative. Les symptômes douloureux et les limitations fonctionnelles l'empêchent d'une part d'avoir une activité professionnelle, et d'autre part perturbent l'accomplissement des activités de la vie quotidienne.

Limitations physiques :

Sur le plan médical, je puis attester que Mme C.\_\_\_\_\_ ne peut rester en position assise, ni effectuer une activité uniquement en position debout ou impliquant principalement de la marche, elle a de la peine à se pencher, à travailler avec les bras au-dessus d'elle, en position accroupie et à genoux, elle ne peut soulever ni porter des objets de plus de 5 kg ni monter sur une échelle ou un échafaudage.

En outre, Mme C.\_\_\_\_\_ présente une fatigabilité significative, qui se rajoute aux symptômes psychologiques qu'elle présente actuellement, avec notamment des troubles de la concentration qui induisent des troubles de la compréhension (lecture, consignes). La capacité d'adaptation est réduite ainsi que la résistance. Elle ne peut poursuivre une activité adaptée plus d'une à deux heures de façon consécutive.

Ces symptômes sont en exacerbation depuis plusieurs mois.”

Par courrier du 12 août 2011, l'OAI a invité l'assurée à produire à ses frais un rapport détaillé précisant notamment la description de l'aggravation de l'état de santé de l'assurée par rapport à l'état antérieur et la date à laquelle elle est survenue.

Le 4 septembre 2011, le Dr N.\_\_\_\_\_ a adressé à l'Office AI, la lettre suivante :

“Par la présente j'atteste suivre la personne susnommée qui m'a transmis votre courrier du 12 août 2011. Je me permets de vous apporter les informations cliniques actuelles, qui constituent une modification significative de sa capacité de travail avec actuellement une incapacité de travail de 100%, et cela depuis que j'ai débuté le suivi le 28 juin 2011. On peut anamnesticquement estimer que cette incapacité de travail de 100% est présente depuis bien plus longtemps, environ depuis 2008. Les causes de l'invalidité sont:

Diagnostics :

Trouble dépressif récurrent, avec épisode actuel sévère sans symptôme psychotique F33.2

Modification durable de la personnalité suite à la persistance d'un trouble dépressif sévère persistant et un syndrome douloureux chronique invalidant F62  
Oesophagite à éosinophiles  
Syndrome pan-vertébral douloureux chronique

Description de l'aggravation de l'état de santé :

Il s'agit d'une patiente bien connue de vos services. Elle connaît depuis 2008 un changement important de son état, avec dans sa vie privée un divorce qui la met dans une situation de précarité d'une part, mais surtout cela cause un état de souffrance psychologique important. Un trouble dépressif sévère s'installe accompagné de douleurs invalidantes, avec notamment des nalgies et des dorso-lombalgies insomniantes et limitant ses déplacements.

Personnalité qui ne lui permet plus d'effectuer d'activité professionnelle. Actuellement, les symptômes sont invalidants, avec une fatigabilité importante après environ une heure de travail, avec des troubles de la concentration, une capacité de compréhension limitée avec la fatigue ce qui l'empêche de s'adapter et de suivre la lecture de consignes et de les appliquer. Ces troubles se superposent aux limitations de l'activité en position assise, en position debout, avec une incapacité de porter et de demeurer dans des positions fixes.

Nouveau degré d'incapacité :

Au vu des symptômes qu'elle présente actuellement, la survenue d'une incapacité de travail à 100% constitue un élément nouveau au dossier qui vous a été transmis. Aussi, je vous serai reconnaissant de bien vouloir lui accorder une rente à 100%, ce qui lui permettrait de ne plus devoir chercher un revenu professionnel alors qu'elle n'en est plus capable.

Pronostic :

Le pronostic est réservé, la modification durable de la personnalité en rapport avec un trouble de l'humeur persistant et des douleurs invalidantes chroniques est de mauvais pronostic, il s'agit d'un trouble chronique. Nous pouvons nous attendre à ce que la patiente présente de façon chronique un trouble dépressif sévère avec des douleurs invalidantes chroniques. Le contexte familial actuel, avec une solitude suite au divorce et une situation financière précaire constitue également un facteur de mauvais pronostic, et justifie à mon sens une révision de la décision qui a été prise la concernant."

Le 9 septembre 2011, l'assurée a informé l'Office AI du fait qu'elle était divorcée depuis septembre 2008 et que comme elle dépendait financièrement de son mari, ce divorce l'avait plongée dans « le plus grand désarroi ». En raison de son état de santé, elle se trouvait dans une profonde détresse et souffrait d'une grave dépression. Elle n'arrivait plus à faire face à la vie active et était épuisée sur le plan psychique, moral et physique. Ses douleurs articulaires lui rendaient la vie difficilement supportable et elle rencontrait également beaucoup de

problèmes au niveau de son dos. Elle disait également ressentir des douleurs permanentes affectant la qualité de sa vie quotidienne et l'empêchant de mener une vie dite « normale ».

Dans un rapport du 23 septembre 2011, le Dr B.\_\_\_\_\_ a à nouveau posé le diagnostic d'oesophagite à éosinophiles, ce diagnostic étant sans effet sur la capacité de travail.

Le 29 septembre 2011, le Dr N.\_\_\_\_\_ a établi un rapport posant les diagnostics avec effet sur la capacité de travail suivants :

- “- trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans syndrome psychotique F33.2 (1993),
- modification durable de la personnalité sur le trouble dépressif récurrent et les douleurs chroniques F62 (1993),
- syndrome pan-vertébral douloureux chronique.”

Le médecin précisait que l'assurée vivait avec sa fille et qu'elle n'arrivait plus à effectuer son travail en raison d'une incapacité établie en juillet 2011 mais qui était présente déjà bien avant. Selon ce médecin, l'assurée souffrait d'un trouble dépressif récurrent induisant une modification durable de la personnalité qui était de mauvais pronostic dans un contexte de douleurs chroniques pan-vertébral invalidantes. Il posait les restrictions suivantes :

“Restrictions psychiques : fatigabilité importante, troubles de la concentration et de la mémoire, résistance inexistante, perte de l'élan vital, ralentissement psychomoteur, état d'épuisement psychique et physique.

Restrictions physiques : douleurs pan-vertébral permanentes avec pics de douleurs paroxystiques, douleurs exacerbées en maintenant la même position, en portant du poids, à la mobilisation.”

Selon le Dr N.\_\_\_\_\_, l'incapacité de travail était totale en raison des symptômes psychiques invalidants ; en outre les limitations organiques étaient de mauvais pronostic concernant cette incapacité de travail qui était probablement définitive.

Le 19 décembre 2011, le Dr W.\_\_\_\_\_ a établi un rapport posant les diagnostics suivants avec effet sur la capacité de travail :

- “• Fibromyalgie / trouble somatoforme douloureux existant depuis 1999.
- Lombalgies avec poussées de lombosciatalgies droites sur protrusion et saillie discale droite avec rétrécissement du canal radiculaire droit (IRM sept. 2011) existant depuis 2006.
- Trouble dépressif récurrent existant depuis 1979.”

Dans l’anamnèse, le médecin écrit, se référant à son rapport de juillet 2009, ce qui suit :

“Au cours de cette période intermédiaire de 2 ans, Mme C. \_\_\_\_\_ a continué de présenter l’état psychique décrit et de souffrir des mêmes douleurs qui étaient déjà à l’origine de son incapacité partielle de travail. À savoir :

1) Des douleurs de l’enveloppe tandino-musculaire localisées principalement au niveau de la ceinture scapulaire, de la nuque, des pieds (talons) et des jambes. Ces douleurs ont une très nette et importante exacerbation dès les premiers froids (oct-nov) et jusqu’à la fin de l’hiver (mars), réduisant son endurance au travail et son énergie de l’ordre de 70-90%. Ces périodes douloureuses sont à l’origine de troubles du sommeil, et si la patiente force son activité au-delà de ses limites, évoluent rapidement vers un épuisement qui à son tour aggrave l’état dépressif sous-jacent, habituellement (en saison chaude) compensé par les traitements. On entre alors dans un cercle vicieux douleur->insomnie->épuisement + dépression. Il n’y a alors que le repos, la chaleur et le renforcement des traitements qui peuvent lui redonner un équilibre en quelques semaines/mois selon la profondeur du trouble. Le meilleur traitement chez elle est préventif et consiste en l’arrêt du travail d’octobre-novembre à mars.

2) Des lombosciatalgies droites récidivantes sur fond de lombalgies chroniques se manifestant par des lancées douloureuses dans les lombes et la jambe droite. Elle peut les atténuer par des mouvements lents et des exercices respiratoires qui lui demandent beaucoup d’attention et d’énergie. Une IRM récente (cf. rapport) montre entre autres un sévère pincement discal L5-S1 avec protrusion discale dans le canal radiculaire droit. Une infiltration de Disprophos/Xylocaïne a été effectuée le jour même au niveau des interlignes L4-L5 et L5-S1 ainsi qu’aux sorties foraminales, malheureusement sans impact appréciable sur les douleurs.

3) L’état psychique de la patiente (état dépressif latent), compensé en période estivale, reste extrêmement fragile en saison froide malgré un traitement qui doit généralement être adapté (anti-dépresseurs et hypnotiques). Un bilan des neurotransmetteurs (NT) dans les urines révèle un taux de dopamine (+ 3.4DOPAC) et de sérotonine au-dessous des valeurs normales, justifiant les anti-dépresseurs et les compléments nutritionnels (tryptophane, etc.) destinés à recharger son pool de NT. Cet état dépressif est naturellement un élément actif et aggravant dans le cercle vicieux décrit au point 1).”

Et le médecin conclut son rapport de la sorte:

“cf 2009

En résumé, la situation de la patiente reste précaire et a peu évolué depuis 2009, avec légère aggravation des lombosciatalgies. Malgré la pauvreté des signes objectifs, les souffrances de la patiente sont bien réelles, et il faut l'avoir vue arriver à la consultation en période de travail au début de l'hiver à bout, épuisée et souffrante pour réaliser que l'état de bien ou de mal-être d'un patient n'est pas toujours objectivement mesurable.”

Dans un avis médical SMR du 13 avril 2012, le Dr V. \_\_\_\_\_ relevait que la fibromyalgie, la fatigue chronique et l'état dépressif n'étaient pas des éléments nouveaux et qu'il n'y avait pas de modification significative de l'état de santé depuis la décision de décembre 2010.

Par projet de décision du 27 avril 2012, l'OAI a informé l'assurée de son intention de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande.

Le 24 mai 2012, l'assurée a formulé des objections et joint à celles-ci un rapport de son psychiatre (Dr N. \_\_\_\_\_) du 15 mai 2012, libellé ainsi :

“Par la présente, j'atteste suivre la personne susnommée depuis le 28 juin 2011 et cela jusqu'à ce jour. Elle m'informe avoir reçu une réponse défavorable concernant la demande de rente AI à 100%, c'est la raison pour laquelle je me permets de vous adresser les informations les informations suivantes.

La patiente présente un trouble dépressif récurrent, en partie secondaire aux difficultés causées par les douleurs chroniques dont elle souffre. Par ailleurs, elle a connu une situation difficile sur le plan de sa vie privée avec un divorce qui a nettement contribué à la déstabiliser et cela représente à nouveau une cause de perte de confiance en elle. Les douleurs invalidantes chroniques ont engendré un retrait social, une importante asthénie et une résistance diminuée, une perte de l'élan vital et une perte de confiance en soi, sans parler des troubles de la concentration et de la mémoire. Ces limitations ont un impact majeur sur ses relations sociales, car elle n'est plus capable d'interagir dans les relations interpersonnelles comme auparavant. Elle ne peut plus exercer son activité professionnelle et ses compétences ne peuvent plus être mobilisées en raison de la résistance nettement diminuée et de la perte de confiance en soi, ce qui a des conséquences majeures sur ses compétences professionnelles. Enfin, elle présente un

ralentissement psychomoteur et au vu de la fatigabilité et de l'anhédonie, elle a développé une appréhension à effectuer de nombreuses activités dans sa vie privée. Les symptômes qu'elle présente correspondent à ceux d'une modification de la personnalité secondaire aux symptômes psychiques et organiques.

Ceci représente un élément nouveau du dossier.

De même, elle présente une oesophagite à éosinophiles nécessitant un traitement régulier, les conséquences de cette pathologie et les effets secondaires du traitement causent une exacerbation de l'asthénie et contribuent au mauvais pronostic sur le plan du trouble dépressif récurrent. Il ne me semble pas raisonnable d'exiger de la patiente qu'elle reprenne une activité dans l'économie libre, ne serait-ce qu'à temps partiel, car ceci aboutira à court terme à une exacerbation de l'asthénie, une rechute dépressive et à une exacerbation de la symptomatologie douloureuse chronique avec un absentéisme sur maladie. De telles rechutes ont un impact délétère important sur les patients et sont à éviter dans toute la mesure du possible.

En raison de l'accumulation de ces facteurs nouveaux et de leur intrication dans les symptômes organiques, le pronostic est d'autant plus réservé concernant l'incapacité de travail à long terme.

C'est pourquoi, j'appuie le recours de la patiente (il s'agit d'éléments nouveaux comme cela est détaillé dans ce rapport et dans celui du 29.09.2011) et estime qu'une rente à 100% sur invalidité est nécessaire en raison du trouble dépressif récurrent, de la modification de la personnalité, du syndrome pan-vertébral et de l'oesophagite à éosinophiles et aux épisodes d'hypotension."

Dans un avis du 12 juin 2012, le Dr V.\_\_\_\_\_ a écrit que le trouble somatoforme douloureux persistant, le trouble dépressif et la fatigabilité étaient déjà connus de longue date. Quant à l'oesophagite, elle était sans incidence sur la capacité de travail selon le gastro-entérologue.

Par décision du 14 juin 2012, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande au motif que l'assurée n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision.

**E.** Par acte du 20 août 2012, C.\_\_\_\_\_, représentée par Me Michèle Meylan, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle concluait avec dépens, à l'annulation de la décision attaquée le dossier de la cause étant renvoyé à l'OAI pour nouvel examen du droit aux prestations demandées. La recourante reprochait en particulier à l'intimé d'avoir totalement ignoré les rapports médicaux du Dr

N.\_\_\_\_\_, desquels il ressortirait des éléments médicaux nouveaux (suivi psychologique depuis le 28 juin 2011, incapacité de travail à 100% dès cette dernière date, diminution de l'endurance et de la résistance, trouble dépressif avec épisode actuel sévère, la recourante n'étant par ailleurs plus capable d'interagir avec les tiers comme auparavant et fatigabilité importante après une heure de travail déjà). Elle était d'avis que le rapport du 15 mai 2012 de son psychiatre avait une force probante suffisante et était de nature à rendre plausible la modification (aggravation) de son état de santé. S'agissant de l'affection d'oesophagite elle soutient également l'existence d'une péjoration sur ce plan en ce sens qu'en décembre 2010 dite atteinte ne nécessitait pas encore un suivi médicamenteux. Elle précisait pour terminer que son recours étant dirigé contre une décision de non entrée en matière, elle se réservait de développer ses moyens concernant son droit à des prestations dans le cadre de l'examen sur le fond de ce droit.

Par décision du 28 août 2012 du Juge instructeur, la recourante s'est vue accorder le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 30 juin 2012, Me Michèle Meylan étant désignée en tant qu'avocat d'office.

Dans sa réponse du 25 septembre 2012, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il relevait néanmoins avoir commis une erreur en ce sens qu'en sollicitant des renseignements médicaux notamment auprès du Dr W.\_\_\_\_\_, il était entré en matière sur la nouvelle demande, de sorte que c'était à tort qu'il avait notifié une décision de refus d'entrer en matière. Cela étant, l'OAI se référait aux avis médicaux de son SMR des 13 avril et 12 juin 2012 pour affirmer qu'il n'y avait pas eu de modification significative de l'état de santé de la recourante depuis la décision de refus du 10 décembre 2010. Il exposait qu'il convenait de considérer la décision attaquée de refus d'entrée en matière comme une décision de refus de prestations de l'AI.

Par réplique du 19 octobre 2012, la recourante a modifié ses précédentes conclusions de son acte de recours comme il suit :

“Plaise à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois prononcer, avec suite de frais et dépens :

- I. Le présent recours est admis.
- II. La décision de l’Office de l’Assurance-Invalidité pour le canton de Vaud du 14 juin 2012 est annulée.

Principalement

- III. La cause est renvoyée à l’Office de l’Assurance-Invalidité pour le canton de Vaud afin qu’il soit procédé à l’examen complet de la demande concernant l’octroi de mesures professionnelles et de rente déposée par C.\_\_\_\_\_ le 29 juillet 2011.

Subsidiairement

- IV. C.\_\_\_\_\_ est mise au bénéfice d’une rente d’invalidité entière à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2012.”

La recourante faisait valoir en premier lieu qu’en prétendant désormais en cours de procédure que la décision litigieuse devait être considérée comme un refus de prestations et en l’absence de préavis (au sens de l’art. 57a al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l’assurance-invalidité, RS 831.20]) au moyen duquel elle aurait eu la possibilité de se déterminer, il en découlerait partant une violation de son droit d’être entendu tel que garanti à l’art. 42 LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, RS 830.1). Sur le fond, la recourante indiquait que dans le courant du mois de septembre 2012, son père avait fait une méningo-encéphalite à herpès avec des lésions du système nerveux central significatives et invalidantes. Elle expliquait que son psychiatre avait requis du médecin traitant qu’il l’adressa à un spécialiste en vue d’une investigation complète sur le plan immunologique. En outre à titre de mesures d’instruction, la recourante a requis l’audition en qualité de témoin de son psychiatre traitant (Dr N.\_\_\_\_\_) ainsi que de sa fille I.\_\_\_\_\_.

Dans sa duplique du 8 novembre 2012, l’Office AI a confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours. Il a produit en annexe un avis médical SMR du 2 novembre 2012 du Dr V.\_\_\_\_\_ dont la teneur était notamment la suivante :

“Au plan médical, Me Meylan informe que le père de l’assurée a souffert d’une méningo-encéphalite herpétique. Selon elle, cet élément serait de nature à influencer notre appréciation de la capacité de travail de l’assurée. J’imagine qu’elle se réfère à une très hypothétique déficience immunitaire héréditaire que nous laissons le soin au médecin traitant d’investiguer s’il le juge nécessaire.

Pour notre part, nous pensions que le tableau de fatigue chronique est partie intégrante d’une constellation pathologique fibromyalgie/état dépressif/syndrome douloureux persistant.

Du fait que l’OAI est entré en matière, le Tribunal estimera sans doute que nous sommes contraints à compléter l’instruction, deux ans après l’examen bidisciplinaire au SMR.”

Par courrier du 20 novembre 2012, la recourante a indiqué qu’elle n’avait pas de détermination supplémentaire à déposer.

Par ordonnance du 4 octobre 2013, le Juge instructeur de la Cour de céans a informé les parties que la mise en œuvre de mesures d’instruction n’était pas nécessaire sur le fond. Dans leurs observations des 22 octobre 2013 et 29 octobre 2013, celles-là ont fait savoir qu’elles n’avaient pas d’observations complémentaires à formuler.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s’appliquent à l’assurance-invalidité (art. 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 – ce qui est le cas des décisions en matière d’assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du 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, compte tenu des fêtes d’été 2012 (cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA), et devant le tribunal compétent

selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, 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 let. a LPA-VD).

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53; cf. ég. TF 9C\_441/2008 du 10 juin 2009, consid. 2 et 9C\_197/2007 du 27 mars 2008, consid. 1.2).

**b)** En l'espèce, se pose en premier lieu une question formelle de procédure, à savoir l'existence d'une violation éventuelle du droit d'être entendu de la recourante. En fonction de la réponse donnée à cette première question, il s'agira, le cas échéant, d'examiner si l'état de santé de la recourante s'est aggravé de manière à modifier son droit à la rente depuis la décision de refus de prestations rendue le 10 décembre 2010.

**3.** La recourante se prévaut, en premier lieu, d'une violation du devoir d'instruction de la part de l'intimé dans le cadre de la procédure de préavis.

**a)** La jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst., qui s'applique également à l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, RS 101) (ATF II 497 consid. 2.2 et 126 V 130 consid. 2a), a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le

droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 126 I 15 consid. 2a/aa, 124 V 180 consid. 1a, 372 consid. 3b et les références).

En matière d'assurance-invalidité, la procédure d'audition préalable de l'art. 73<sup>bis</sup> aRAI (règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961, RS 831.201), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1992, concrétisait les garanties de rang constitutionnel découlant du droit d'être entendu lors de la phase de l'instruction de la demande. Cette procédure d'audition préalable a été supprimée avec l'entrée en vigueur de la LPGA au 1<sup>er</sup> janvier 2003 et l'introduction de la procédure d'opposition, avant d'être réintroduite par la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2006, en ce que sens que, au moyen d'un projet de décision, l'administration informe désormais l'assuré de la suite qu'elle entend donner à sa requête, généralement sur le fond, et lui permet de se prononcer sur les éléments retenus. Ainsi, conformément à l'art. 42 LPGA, l'assuré a le droit d'être entendu après que l'OAI, au moyen d'un préavis, lui communique toute décision finale qu'il entend prendre au sujet d'une demande de prestations ou au sujet de la suppression ou de la réduction d'une prestation déjà allouée (art. 57a al. 1 LAI). L'assuré peut faire part à l'OAI de ses observations sur le préavis dans un délai de trente jours (art. 73<sup>ter</sup> RAI).

**b)** En l'occurrence, dans le cadre de la présente procédure de recours, on observe que la recourante a eu l'occasion de se déterminer, en réplique notamment et de faire part le cas échéant, de ses observations éventuelles sur la décision litigieuse devant désormais être considérée, selon la réponse de l'intimé, comme un refus de prestations. Toutefois, alors qu'elle en avait l'opportunité, la recourante n'a pas formulé de déterminations en ce sens. Cela vaut d'autant que dans sa réplique, elle a notamment évoqué la possibilité subsidiaire que la Cour de céans entre en matière sur le fond de la cause en constatant que les conditions pour son

droit à une rente entière en étaient remplies. La recourante a ainsi requis, pour le cas où il serait procédé par le tribunal sur le fond du litige, la mise en œuvre par celui-ci de mesures d’instruction (audition de témoins) ainsi que la possibilité de s’exprimer si nécessaire après ces mesures d’instruction. Dans ces circonstances, on doit admettre que conformément à la garantie du droit d’être entendu dans le cadre de la procédure préalable, la recourante a eu l’opportunité dans la présente procédure de recours – occasion qu’elle n’a finalement pas saisie –, de s’exprimer sur les faits de nature à influencer sur le sort de la décision de refus de prestations litigieuse. Partant le vice formel dont se prévaut la recourante a par conséquent été réparé dans le cadre de la présente procédure de recours (cf. ATF 135 I 279 consid. 2.6.1 et les références citées ; TF 8C\_1001/2008 du 31 juillet 2009, consid. 2.2).

Par surabondance, le 4 octobre 2013, le Juge instructeur a informé les parties qu’il considérait qu’aucune mesure d’instruction n’apparaissait nécessaire en l’état de la cause et, a donné à celles-ci l’occasion de déposer des observations complémentaires le cas échéant. Or, le 29 octobre 2013, la recourante a fait savoir qu’elle n’avait pas d’observations complémentaires à formuler.

Le grief de la recourante s’agissant d’une violation du droit d’être entendu dans le cadre de la procédure préalable est dès lors infondé.

**4. a)** Cela étant, il convient d’examiner sur le fond si dans le cadre de sa troisième demande de prestations après la décision du 11 juin 2003 supprimant le droit à la demi-rente dont elle bénéficiait depuis 1994, l’état de santé de la recourante s’est aggravé de manière à modifier son droit à la rente.

Lorsque, comme en l’espèce, l’administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b; TFA I 490/2003 du 25 mars 2004, consid. 3.2), 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 et 130 V 75 consid. 3.2).

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

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1, 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/2003 du 20 novembre 2003, consid. 2.2 in fine et les références). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une

comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5.2, 125 V 368 consid. 2 et la référence citée; TF 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009, consid. 2.1 et les références).

**b)** En l'espèce, il y a ainsi lieu de comparer les faits existants lors de la décision du 10 décembre 2010 avec ceux à prendre en compte lors de la décision attaquée du 14 juin 2012, étant rappelé que la demande de prestations faisant l'objet de cette décision date du 26 juillet 2011. La décision de décembre 2010 repose en effet incontestablement sur un examen matériel de la situation puisqu'un examen clinique bidisciplinaire de la recourante a été pratiqué au SMR.

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

**b)** L'assuré a droit à une rente si 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

**c)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_83/2013 du 9 juillet 2013, consid. 4.2, 9C\_58/2013 du 22 mai 2013, consid. 3.1 et 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF 9C\_58/2013 du 22 mai 2013 op. cit., I 312/2006 du 29 juin 2007, consid. 2.3 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.2).

**d)** 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, ceci en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; TF 9C\_137/2013 du 22 juillet 2013, consid. 3.1, 9C\_1001/2012 du 29 mai 2013, consid. 2.2 et 9C\_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en

pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C\_205/2013 du 1<sup>er</sup> octobre 2013, consid. 3.2, 9C\_137/2013 du 22 juillet 2013, op. cit., 9C\_66/2013 du 1<sup>er</sup> juillet 2013, consid. 4, 9C\_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.1, 8C\_658/2008 et 8C\_662/2008 du 23 mars 2009, consid. 3.3.1).

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; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b; TF 9C\_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 4 et 9C\_649/2008 du 31 août 2009, consid. 2; TFA I 554/2001 du 19 avril 2002, consid. 2a). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant (TF 9C\_791/2012 du 1<sup>er</sup> mars 2013, consid. 3.3, 9C\_113/2008 du 11 novembre 2008, consid. 4.2 et 9C\_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2). De même, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (TF 9C\_907/2011 du 21 mai 2012, consid. 2, 9C\_885/2007 du 15 septembre 2008, consid. 3.2, 9C\_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 5.2 et 9C\_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2).

**e)** Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a notamment précisé que la valeur probante d'un rapport établi par un Service médical régional (SMR) de l'assurance-invalidité a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements

médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI); en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (TF 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012, consid. 4.1 et les références citées).

**f)** 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 LPGA ou une expertise judiciaire (TF 9C\_355/2011 du 8 novembre 2011, consid. 3.2.1 et les références citées).

**6. a)** La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3; TF I 1093/2006 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, 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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré une atteinte à la santé mentale, exercer une activité que le marché du travail équilibré lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Ainsi une atteinte à la santé psychique ne conduit à une incapacité de gain (art. 7 LPGA), que si l'on peut admettre que la mise à profit de la capacité de travail (art. 6 LPGA) ne peut, en pratique, plus être raisonnablement exigée de l'assuré (ATF 135 V 215 consid. 6.1.1; 135 V 201 consid. 7.1.1; 127 V 294 consid. 4c; TF 9C\_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.1 et 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1).

**b)** Le Tribunal fédéral a posé la présomption que certains syndromes somatiques dont l'étiologie est incertaine, tels que le trouble somatoforme douloureux, n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352). Cette jurisprudence s'applique notamment pour la fibromyalgie (ATF 132 V 65), le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (arrêt I 70/2007 du 14 avril 2008), l'anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles (arrêt I 9/2007 du 9 février 2007, consid. 4, in SVR 2007 IV n° 45 p. 149) ou encore les troubles moteurs dissociatifs (arrêt 9C\_903/2007 du 30 avril 2008, consid. 3.4). Elle s'applique également aux troubles associés à une entorse cervicale (ATF 136 V 279).

Toujours selon cette jurisprudence, le Tribunal fédéral présume que les syndromes mentionnés ci-avant ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Toutefois, certains facteurs, par leur intensité et leur constance, peuvent rendre la personne concernée incapable de fournir cet effort de volonté. A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Parmi les autres critères déterminants figurent un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations

de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), ainsi que 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 (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (cf. TF I 81/2007 du 8 janvier 2008, consid. 3.2 avec les références citées, et TF I 1093/2006 du 3 décembre 2007, consid. 3.2).

Au sujet de la comorbidité psychiatrique, les états dépressifs (pris en tant que comorbidité psychiatrique) constituent généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 in fine), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (TF I 87/2006 du 31 janvier 2007, consid. 3.3 in fine et jurisprudence citée).

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la 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, les 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 (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 et 131 V 49; cf. TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.2 et TF I 81/2007 précité loc. cit.).

**7.** En l'espèce, à l'appui de sa nouvelle demande, la recourante a produit plusieurs rapports de ses médecins traitants, dont notamment plusieurs émanant du Dr N.\_\_\_\_\_. Dans son recours, elle soutient que le rapport établi le 15 mai 2012 par ce psychiatre attesterait l'existence d'éléments nouveaux de nature à rendre plausible la péjoration de son état de santé. S'agissant de l'affection d'oesophagite, la recourante soutient également l'existence d'une aggravation depuis décembre 2010. Dans sa réplique, elle relève avoir été adressée à un spécialiste en vue d'investigation complète sur le plan immunologique, son père ayant fait une méningo-encéphalite durant le mois de septembre 2012. L'OAI, suivant en ce sens le Dr V.\_\_\_\_\_ de son SMR, est d'un avis opposé à celui de la recourante.

**a)** Dans son rapport du 19 décembre 2011, le Dr W.\_\_\_\_\_ pose des diagnostics tous antérieurs à la dernière demande de prestations de la recourante. Ce médecin relève de plus dans son anamnèse que la situation de sa patiente a peu évolué depuis 2009. Partant ce rapport n'est pas de nature à établir une aggravation de l'état de santé de la recourante à la base de la nouvelle demande déposée en ce sens.

A lecture, on observe que les différents documents médicaux du Dr N.\_\_\_\_\_ produits divergent entre eux.

Ainsi dans un premier rapport du 28 juin 2011, ce psychiatre indique uniquement les affections de fibromyalgie et de fatigabilité chronique en tant que causes de l'aggravation de l'état de santé de sa patiente. Pareilles atteintes à la santé n'ont rien de nouveau dès lors qu'elles ressortaient déjà de l'examen bidisciplinaire SMR du 21 juin 2010. Dans son rapport du 4 septembre 2011, le psychiatre traitant précise que l'incapacité de travail à 100% retenue depuis le début du suivi de la recourante, à savoir le 28 juin 2011, serait en réalité présente depuis une période largement antérieure (« environ depuis 2008 »). En d'autres termes, dite incapacité totale de travailler remonterait même à une période antérieure à la décision de décembre 2010. L'appréciation du Dr N.\_\_\_\_\_ ne constitue donc sur ce point qu'une appréciation distincte

d'un même état de fait sur le plan médical que celui observé en 2008 déjà. Or une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante sous l'angle d'une révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 372 consid. 3b, 390 consid. 1b). Modifiant ses précédents diagnostics, le Dr N.\_\_\_\_\_ retient notamment, le 4 septembre 2011, celui de trouble dépressif récurrent d'intensité sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), diagnostic que ce psychiatre confirmera encore les 29 septembre 2011 et 15 mai 2012. Dans son dernier rapport, le Dr N.\_\_\_\_\_ évoque uniquement un trouble dépressif récurrent sans en spécifier la sévérité. Les 4 septembre et 29 septembre 2011, ce psychiatre mentionne également les diagnostics invalidants de modification durable de la personnalité sur le trouble dépressif et les douleurs chroniques (F62) et un syndrome pan-vertébral douloureux chronique. On observe ainsi une fluctuation dans le diagnostic de trouble dépressif récurrent posé par le Dr N.\_\_\_\_\_. On ne peut dès lors écarter, au degré de la vraisemblance prépondérante applicable, que postérieurement à décembre 2010 la requérante ne souffre pas d'une détérioration de sa santé psychique sous la forme d'un épisode dépressif ceci quand bien-même au moment de la décision antérieure, l'état dépressif de l'intéressée était en rémission (cf. rapport d'examen bidisciplinaire SMR du 21 juin 2010 des Drs A.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_, p. 9). Il en découle que l'avis du psychiatre traitant auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de l'appréciation du médecin interne à l'assureur (Dr V.\_\_\_\_\_), de sorte que la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis. Il y a donc lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA (cf. consid. 5 f supra).

**b)** Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en

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

Au vu des circonstances du cas d'espèce, il apparaît justifié de renvoyer le dossier à l'OAI pour complément d'instruction sur le plan médical. Il appartiendra à l'office intimé d'ordonner une expertise psychiatrique de l'assurée auprès d'un expert indépendant (art. 44 LPGGA).

**c)** Concernant le diagnostic d'oesophagite à oesinophiles posé par le Dr N.\_\_\_\_\_ dans ses rapports des 4 septembre 2011 et 15 mai 2012 avec influence sur la capacité de travail, on ne saurait s'y fier. Ce psychiatre évoque ici une affection qui ne relève pas de son domaine de compétence d'une part. D'autre part, dans son rapport du 23 septembre 2011, à la teneur identique à celui précédent du 24 juin 2009, le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en gastro-entérologie, précise que le diagnostic précité n'a pas de caractère invalidant.

**d)** S'agissant pour terminer de la maladie ayant affecté le père de la recourante (méningo-encéphalite en septembre 2012) et qui a justifié selon le psychiatre traitant des examens de celle-ci sur le plan

immunologique, on ne voit pas – à l’instar de l’avis du Dr V.\_\_\_\_\_, suivi en ce sens par l’Office AI – au degré du principe de la vraisemblance prépondérante applicable, quelle incidence une hypothétique déficience immunitaire héréditaire pourrait avoir sur l’état de santé de la recourante.

**8.** En définitive, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l’OAI pour qu’il rende une nouvelle décision après avoir procédé à un complément d’instruction conformément aux considérants du présent arrêt.

**a)** Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l’art. 99 LPA-VD).

En dérogation à l’art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l’octroi ou le refus de prestations de l’assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Selon la pratique récente de la Cour de céans, se référant à l’art. 69 al. 1bis LAI, cela vaut également pour l’OAI (CASSO AI 230/11 du 23 avril 2012, consid. 7). Le droit fédéral prime en effet le droit cantonal qui lui est contraire, à savoir la règle de l’art. 52 LPA-VD, selon laquelle des frais de procédure ne peuvent pas être exigés de la Confédération et de l’Etat. En l’espèce, compte tenu de l’ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 francs et seront supportés par l’intimé qui succombe.

**b)** La recourante qui obtient gain de cause, peut prétendre une indemnité de dépens à la charge de l’intimé (art. 61 let. g LPGA; 55 al. 1 LPA-VD; art. 7 al. 2 TFJAS [Tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales du 2 décembre 2008, RSV 173.36.5.2]) et qu’il y a lieu de fixer à 2’500 fr. compte tenu de la complexité de l’affaire. Vu que ce montant dépasse l’indemnité à laquelle pourrait prétendre le mandataire de la recourante dans le cadre de l’assistance judiciaire, il est renoncé à fixer cette indemnité.

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 14 juin 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.
  
- III. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Michèle Meylan (pour C. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :