

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 25 avril 2013

---

Présidence de     Mme     THALMANN  
Juges     :     Mme Di Ferro Demierre et Mme Pasche  
Greffier     :     M. Bohrer

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**V.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 LPGA ; 87 al. 3 et 4 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** Le 3 avril 2006, V.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1976, d'origine [...], mariée et mère de deux enfants, a déposé une demande de rente de l'assurance-invalidité qui a été rejetée par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) par décision du 5 juin 2008 au motif que sa capacité de travail était entière dans toute activité depuis le mois d'août 2006.

Par arrêt du 31 mai 2010 (AI 356/08 - 222/2010), la Cour de céans a rejeté le recours de l'assurée contre cette décision.

Il ressort de la partie "En fait" de cet arrêt en particulier ce qui suit :

**A.** (...)

[L'assurée] a déclaré qu'en bonne santé elle travaillerait à 100% par nécessité financière.

Dans un rapport du 9 décembre 2003, la Dresse J.\_\_\_\_\_, médecin conseil du Service de [...], relève qu'en raison de ses problèmes de santé, une activité d'aide-cuisinière ou de nettoyeuse est contre-indiquée. La capacité de travail est estimée à 100% dans un travail sans port de charges supérieures à 10 kg. L'activité de vendeuse pour laquelle l'assurée a une formation lui paraît adaptée.

Dans un rapport médical du 20 janvier 2004, les Drs D.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_ du Service de Psychiatrie de liaison de la Policlinique X.\_\_\_\_\_ mentionnent notamment ce qui suit :

"Observation :

Mme V.\_\_\_\_\_ est une patiente de 28 ans, paraissant moins que son âge et à l'hygiène personnelle et vestimentaire correcte. Elle est orientée et collaborante. Elle parle un français correct. On ne retrouve pas de trouble formel du cours ou du contenu de la pensée ou du discours. Aucun élément psychotique floride n'est mis en évidence. Elle se dit euthymique, garde du plaisir à voir et à s'occuper de ses enfants, ainsi qu'à sortir et à regarder la télévision. On ne relève pas de trouble du sommeil. Une perte pondérale de 3 kilos sur 3-4 mois est présente accompagnée d'une légère inappétence. On ne rencontre pas de rumination autour d'un thème particulier, ni de pensée de mort ou de suicide récurrente. La patiente a présenté des attaques de panique

caractéristiques sans qu'elles soient encore présentes actuellement. Elle rapporte une anxiété diffuse avec une certaine facilité à se faire du souci. Aucune phobie spécifique n'est mise en évidence.

Les douleurs de la patiente se manifestent à la colonne cervicale puis sur l'ensemble du côté droit. A savoir à l'épaule, au coude et à la main ainsi qu'au niveau lombaire avec une irradiation vers la hanche droite, le pli inguinal, le creux poplité et le mollet. Ces douleurs peuvent être provoquées pendant les rapports sexuels. Par ailleurs, elle présente des symptômes gastro-intestinaux sous la forme de douleurs digestives qui viennent et qui partent dans le bas ventre, accompagnées d'épigastralgies et d'un ballonnement douloureux. Elle rapporte également un désintérêt sexuel. Nous retrouvons des paresthésies et des hypoesthésies pulpaire à l'extrémité des 5 doigts de la main droite ainsi qu'au pied droit. La patiente se plaint également d'une perte de force au membre supérieur droit. La patiente ne consomme pas de substance psychotrope non prescrite.

Diagnostics :

1. Syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4)

Discussion :

Au cours des entretiens, Mme V. \_\_\_\_\_ apparaît comme quelqu'un au contact facile. Sa mimique reste expressive et elle partage volontiers ses problèmes. Elle n'accepte que difficilement qu'une composante psychologique participe à ses douleurs. Elle peut entendre que les douleurs peuvent la déprimer ou que lorsqu'elle est moins bien moralement, ces douleurs augmentent en intensité. Ainsi, elle se révèle favorable à l'introduction d'un traitement antidépresseur à petites doses. Il est clair pour elle que ce traitement viserait à améliorer sa résistance face aux douleurs mais pas à les faire disparaître.

Ainsi, Mme V. \_\_\_\_\_ ne présente pas un état dépressif mais cependant un traitement à base de Seropram goutte, 3 gouttes le soir au moment des repas peut être tenté. Cette posologie très faible initialement vise à éviter l'apparition d'effets secondaires. La posologie pourra ensuite être augmentée à un équivalent de 10 mg de Seropram après 10 jours de traitement. Pour le moment, nous ne voyons pas d'indication à une psychothérapie."

Le 28 juillet 2005, la Dresse G. \_\_\_\_\_, du Service de rhumatologie du Centre médical Y. \_\_\_\_\_, mentionne une patiente aux antécédents de cholécystectomie en 2002 et d'épigastralgies, qui présente depuis un premier accouchement en 1997 des cervicalgies et des lombalgies d'horaire mixte ainsi que des douleurs au coccyx. Depuis plusieurs années, elle présente des arthromyalgies fluctuantes touchant les épaules, les coudes, les articulations des mains, des genoux et des pieds. Les céphalées sont en casque et irradient depuis les cervicales. La Dresse G. \_\_\_\_\_ ne note pas de troubles de la concentration, ni de troubles mnésiques. L'assurée ne décrit pas de problématique dépressive. Plusieurs séances de physiothérapie passive (fangos et massages), injections de cortisone en 2003 et traitement transitoire par morphine n'ont pas apporté d'amélioration. Le traitement de Saroten a été interrompu en raison d'une mauvaise tolérance. Le diagnostic de fibromyalgie évoqué n'est pas suffisamment documenté. Les points

douloureux ne sont pas tous présents. L'assurée ne présente pas tout le cortège de symptômes accompagnant la fibromyalgie, à savoir un état dépressif latent, des troubles mnésiques et des troubles de la concentration avec important ralentissement psychomoteur. Elle préconise d'effectuer une radiographie du bassin dans le but d'exclure une sacro-iliite, qui pourrait parler en faveur d'un rhumatisme de type spondylarthropathie. Un traitement de physiothérapie active est prescrit. Un traitement d'Effexor à doses progressives est proposé.

Dans un rapport médical du 28 novembre 2005, le Professeur Z.\_\_\_\_\_, la Dresse G.\_\_\_\_\_ et le Dr Q.\_\_\_\_\_ du Service de rhumatologie du Centre médical Y.\_\_\_\_\_ mentionnent que l'assurée a séjourné dans ce service du 14 au 18 novembre 2005 au motif de lombalgies chroniques et arthralgies diffuses. La patiente décrit également des céphalées en casque irradiant depuis les cervicales. Les médecins ne relèvent pas de trouble de la concentration, ni de trouble mnésique. Ils indiquent que la patiente nie un problème dépressif. Ils diagnostiquent principalement des cervicalgies et lombalgies chroniques aspécifiques et des arthralgies diffuses sur probable trouble somatoforme douloureux. Ils mentionnent une reprise de travail à 50% dès le 6 décembre 2005. Il résulte en outre de ce rapport ce qui suit :

"DISCUSSION ET EVOLUTION :

La patiente se présente avec des cervicalgies et lombalgies chroniques, d'horaire mixte, accompagnées de douleurs au niveau du coccyx, d'intensité variable. Les examens complémentaires effectués en ambulatoire à la recherche des hépatites virales, HIV et HTLV, le FR et les anticorps antinucléaires sont donc demeurés négatif en date du 20.07.2005. Nous avons complété le bilan radiologique (RX thorax et RX bassin en janvier et juillet 2005 : normales), au moyen d'une radiographie de la colonne lombaire qui s'est révélée être également normale.

En raison de l'absence de signes d'inflammation parlant pour un rhumatisme articulaire, nous retenons le diagnostic de probable trouble somatoforme douloureux persistant avec cervicalgies et lombalgies chroniques. Sous un traitement antalgique et une physiothérapie intensive à sec et en piscine, l'évolution n'est que partiellement favorable. Un traitement par Eflexor à petites doses introduit par vos soins n'ayant malheureusement pas été toléré par la patiente, nous n'avons pas essayé de nouvel antidépresseur, bien que ce traitement soit indiqué dans ce contexte. Nous avons bien expliqué à Madame V.\_\_\_\_\_ l'importance de la continuation d'une physiothérapie active avec musculation du caisson abdominal et des muscles spinaux. Elle n'a pas été retenue pour un programme ambulatoire de type unité rachis, en raison de l'extension des plaintes douloureuses parlant pour un trouble somatoforme, qui est un critère d'exclusion du groupe.

Madame V.\_\_\_\_\_ quitte donc notre service le 18.11.2005 pour retourner à domicile."

Le 30 mai 2006, la Dresse B.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, de la Polyclinique X.\_\_\_\_\_ du Centre médical Y.\_\_\_\_\_, indique que l'état dépressif se péjore jusqu'à ce que des idéations suicidaires apparaissent en mars 2006, raison pour

laquelle est introduit avec succès du Saroten à petites doses puis à 50 mg/j. Sous ce traitement, avec un soutien régulier, la patiente semble se stabiliser mais n'est pas capable à son avis pour le moment de reprendre le travail. Elle relève que l'assurée n'a pas été mise au bénéfice d'un poste adapté. Elle pose les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de fibromyalgie (DD : trouble somatoforme douloureux) existant depuis 1998 et d'épisode dépressif moyen à sévère sans symptôme psychotique depuis 2005. Elle retient une incapacité de travail entière du 14 septembre au 11 décembre 2005, puis dès le 8 mars 2006.

Une expertise pluridisciplinaire a été confiée par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) à la Clinique C.L.A, qui a établi son rapport en date du 20 juin 2007.

Dans ce rapport, la Dresse K.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, retient le diagnostic de suspicion de fibromyalgie, sans répercussion sur la capacité de travail.

De son côté, la Dresse T.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, relève notamment ce qui suit :

"Etat civil : L'examinée est mariée depuis 1996 avec un compatriote de quatre ans son aîné qu'elle fréquentait depuis une année avant leur union devant Dieu. Son mari est magasinier dans une entreprise de panneaux de signalisation pour la route depuis 2001. Avant, il travaillait dans la boucherie comme son beau-frère. Son époux est en bonne santé habituelle et le couple s'entend bien. L'assurée précise que ce dernier se montre très compréhensif à son égard malgré sa maladie fibromyalgique.

Enfants : L'assurée a deux enfants, un fils né en 1997 qui a maintenant neuf ans et demi et qui va en quatrième primaire, et une fille cadette née en 2000 qui a six ans aujourd'hui et qui est en deuxième enfantine. Ils sont en bonne santé et n'ont pas de problèmes à l'école.

Elle précise que lorsqu'elle ne se sent pas capable de s'occuper de ses enfants, une belle-soeur âgée de 40 ans (la soeur de son mari), qui vit dans le même village qu'elle à [...], lui vient en aide.

(...)

#### **Anamnèse médicale**

L'assurée se plaint de souffrir de douleurs physiques depuis 1998, soit peu après la naissance de son premier enfant. Celles-ci sont diffuses et se propagent de manière variable du dos aux membres inférieurs et supérieurs, étant également parfois à l'origine de céphalées. C'est pour cette raison qu'elle a réduit son temps de travail à un mi-temps avant de cesser définitivement toute activité en mars 2006.

Son médecin traitant fut le Docteur W.\_\_\_\_\_ à [...] de 1996 à 2002 puis la Doctoresse B.\_\_\_\_\_ à [...] depuis 2002. Elle a vu en 2003 un psychiatre à trois reprises, le Docteur P.\_\_\_\_\_ à la Policlinique X.\_\_\_\_\_ de [...] à la demande de la Doctoresse B.\_\_\_\_\_ et ce, afin d'apprendre à mieux vivre avec sa "fibromyalgie". Depuis lors, elle ne consulte plus de psychiatre.

#### **Traitement actuel**

- Saroten®Retard (amitriptyline) 20 mg, 1cp le soir depuis début 2006.

- Irfen® (ibuprofène) 800 mg Retard et Omed® (oméprazole) pour les douleurs.

En outre, elle bénéficie de deux séances de physiothérapie par semaine avec peu d'effets bénéfiques, dit-elle. Un essai d'acupuncture en trois séances n'a pas donné d'amélioration. Le Saroten® Retard (amitriptyline) a par contre un effet favorable sur les troubles de l'humeur.

## **2. PLAINTES ET DONNEES SUBJECTIVES**

### **Plaintes spontanées**

Sur le plan psychique, Madame V.\_\_\_\_\_ se plaint de se sentir de plus en plus déprimée depuis un à deux ans en raison de ses douleurs physiques. Il lui arrive parfois de ne plus avoir envie de sortir de chez elle et d'avoir besoin de rester tranquille seule à la maison dans le silence. Parfois, elle a aussi besoin de sortir et de parler très régulièrement, en particulier avec une voisine plus âgée qui lui offre une bonne écoute.

Elle a de bons contacts avec les mères des copines de sa fille avec lesquelles elle peut parler quand elle en ressent le besoin. Les relations sociales sont importantes à ses yeux et ce, depuis toujours.

Le sentiment de dépression est toujours lié à ses douleurs physiques ainsi qu'à une anxiété provoquée par l'inconfort. Par ailleurs, l'assurée se décrit comme une mère anxieuse paniquant facilement, par exemple, dès qu'un enfant tombe. Ses douleurs la rendent irritable à l'égard de ses enfants et perturbent parfois la qualité de son sommeil. Cela crée un sentiment de fatigue et d'irritabilité. Elle a cependant conservé le plaisir de s'occuper de ses enfants et d'entreprendre des activités avec eux.

### **Retentissement des plaintes**

- **Dans les activités de la vie quotidienne et le ménage :** Elle ne fait plus son ménage qu'une fois par semaine au lieu de le faire au quotidien. Elle continue à faire les repas pour son mari et ses enfants.

- **Dans les relations sociales :** Sur le plan de la communication sociale, l'assurée se décrit comme très sociable et bien entourée par des gens compréhensifs, ses copines étant disponibles pour l'aider quand elle ne va pas bien et qu'elle en a besoin. Elle continue à rendre régulièrement visite à ses parents pendant les vacances d'été dans son pays d'origine.

- **Dans les activités nécessitant de la concentration :** Sur le plan de la concentration, elle décrit parfois le besoin d'être tranquille sans aucun bruit quand ses douleurs sont trop importantes.

- **Dans l'activité professionnelle :** Elle se plaignait de "...trop de douleurs", d'un manque de force et du fait que ses collègues se moquaient d'elle, rigolant dans son dos car elle n'arrivait plus à assumer ses tâches. Toutefois, elle signale qu'elle aimait bien travailler, notamment pour les contacts sociaux engendrés, qui lui faisaient moralement du bien. L'assurée explique avoir besoin d'argent mais ne plus se sentir capable de travailler en raison de sa fibromyalgie. Elle craint que l'évolution de son état de santé ne s'aggrave étant donné qu'elle a constaté que d'autres fibromyalgiques évoluaient de mal en pis.

[...]

### **Humeur**

### **Critères majeurs de la dépression selon l'OMS (critères B)**

**Tristesse :** La tonalité de l'humeur est normale, même si la patiente parle de sentiment de dépression. D'un point de vue objectif, on ne relève pas depuis au moins deux semaines, une "...tristesse de degré nettement anormal, pratiquement toute la journée et dans une large mesure non influencée par les circonstances" au sens de l'ICD-10 chez cette patiente vive.

**Intérêt et plaisir :** Il n'existe pas de "...diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités normalement agréables" qui serait présente depuis au moins deux semaines. Ce deuxième critère majeur de la dépression est donc également écarté car l'assurée, en dehors de moments d'exacerbation de la douleur, nourrit beaucoup de centres d'intérêt dans sa vie, et reste sociable et sympathique.

**Energie :** Une "...réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité" est parfois notée en cas de troubles du sommeil, mais elle n'est pas constante et ne répond pas à la sévérité du troisième critère majeur de la dépression.

**Conclusion :** Pour l'heure l'assurée ne présente aucun de trois critères majeurs de la dépression au sens de l'OMS.

### **Critères mineurs de la dépression selon l'OMS (critères C)**

**Confiance et estime :** Il n'y a pas d'idée d'auto-dévalorisation, l'estime de soi est conservée. Bien qu'elle rapporte une altération de sa confiance en elle-même, celle-ci est intimement liée à l'atteinte physique et ne correspond pas à un symptôme mineur de la dépression.

**Culpabilité :** Il n'y a pas de sentiment de culpabilité, pas d'idée d'auto-accusation ni de sens de responsabilité par rapport à ses douleurs sauf quand elle insiste sur le fait qu'elle a fait beaucoup d'efforts pour essayer d'assumer ses responsabilités professionnelles en dépit de ses douleurs physiques.

**Concentration :** Ses capacités de concentration lui permettent de suivre un entretien complexe avec l'experte. A aucun moment elle n'a perdu le fil de la conversation ni n'a eu d'hésitations dans son discours, contrairement aux patients très dépressifs.

**Idées de mort :** A l'entendre, il y aurait parfois des idées suicidaires quand les douleurs sont trop importantes, entraînant un sentiment de désarroi. Néanmoins, cela est contredit par le fait qu'il n'y a pas de geste auto-agressif, ni de sentiment d'inutilité, l'attitude face à l'avenir restant positive, avec des projets de vie sur le plan familial.

**Ralentissement et agitation :** Aucun ralentissement ni aucune agitation psychomoteurs n'ont été relevés en cours d'entretien et rien n'a laissé supposer l'existence de tels états selon la description que fait l'assurée de ses activités quotidiennes.

**Sommeil :** Il est parfois perturbé en raisons des sensations algiques. Il n'y a pas d'étiologie dépressiogène à ces légers troubles occasionnels.

**Appétit :** Son appétit est variable mais son poids semble être plutôt stable et conservé."

L'experte a en outre constaté que l'assurée ne remplissait pas les critères pour une somatisation, ni pour un syndrome douloureux somatoforme persistant, ni pour un trouble somatoforme

indifférencié. Ne retenant pas de comorbidité psychiatrique, elle estime que les critères jurisprudentiels relatifs à la fibromyalgie ne sont pas réunis.

Elle conclut que la capacité de travail sur le plan psychiatrique est entière.

Dans leur synthèse, les experts mentionnent ce qui suit :

## **"2. PLAINTES ET DONNEES SUBJECTIVES DE L'ASSUREE**

L'assurée se plaint actuellement de cervicalgies et lombalgies bilatérales à prédominance droite, permanentes, tant diurne que nocturne, la réveillant parfois la nuit. Ces douleurs augmentent lors des positions statiques assise ou debout prolongées, lors du port de charges et de la marche. L'intéressée se plaint également d'arthralgies ubiquitaires touchant les épaules, les coudes, les poignets, les hanches, les genoux et les chevilles, ainsi que de douleurs musculaires diffuses touchant tant la musculature des membres supérieurs et inférieurs, que la musculature abdominale et vertébrale. Elle signale également de ballonnements abdominaux, plus ou moins douloureux, survenant après les repas. Ces algies amènent l'expertisée à restreindre ses activités ménagères et à ne plus envisager d'activité professionnelle.

Sur le plan thymique, l'intéressée signale se sentir de plus en plus déprimée depuis un à deux ans en raison de ses douleurs physiques. Elle évoque également une anxiété, une irritabilité à l'égard de ses enfants et des troubles du sommeil. Toutefois, ces plaintes n'empêchent pas l'assurée d'être très sociable, entretenant des bonnes relations avec des amies et avec sa famille qu'elle voit régulièrement pendant les vacances. En ce qui concerne ses capacités de concentration, l'intéressée signale un besoin de calme.

## **3. EXAMEN CLINIQUE**

**L'examen clinique général** de l'intéressée se situe dans les limites de la norme. Le status neurologique est sans particularités, avec une force musculaire et une sensibilité conservées à tous niveaux. L'examen n'objective aucun trouble de la coordination, ni de l'équilibre.

**L'examen ostéoarticulaire** est dans les limites de la norme, tant sur le plan rachidien que sur le plan périphérique. La palpation de la colonne cervicale est indolore, avec une mobilisation douloureuse en antéflexion et rétroflexion. Au niveau du rachis dorsolombaire, il n'y a pas de trouble statique, avec une palpation et une percussion indolores à tous niveaux. Cependant, toute mobilisation des articulations périphériques est ressentie comme diffusément douloureuse à tous niveaux. Notons une palpation des trigger points typiques pour une fibromyalgie positive à 16/18, plus marquée à droite et la présence de 4 signes de non-organicité de WADDELL sur 5.

**L'examen psychiatrique** a permis d'exclure la présence de tout trouble psychiatrique selon les manuels diagnostiques reconnus (ICD-10, DSM IV). Plus précisément, l'examen a permis d'exclure la présence des troubles dépressifs, anxieux, cognitifs, ainsi que des manifestations psychotiques et d'un syndrome douloureux somatoforme. L'assurée présente quelques traits de personnalité histrionique, sans

qu'un diagnostic de trouble de personnalité puisse être retenu. Cependant ces traits de personnalité permettent d'expliquer en partie une tendance principalement inconsciente à la majoration des symptômes et à une focalisation sur les plaintes algiques.

#### **4. DIAGNOSTICS (SI POSSIBLE SELON CLASSIFICATION ICD-10)**

**4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail.** Nihil.

**4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents?** M79.0 : Suspicion de fibromyalgie.

#### **5. APPRECIATION DU CAS ET PRONOSTIC**

Suite à leurs examens cliniques respectifs en date du 12 octobre 2006, les experts mandatés, le Docteur T.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et le Docteur K.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, médecine physique et rééducation, se sont réunis pour une discussion interdisciplinaire. Ci-dessous ce qui ressort de leur échange.

Madame V.\_\_\_\_\_ est une assurée de 30 ans ayant une formation professionnelle de vendeuse. Sa dernière activité professionnelle a été celle de nettoyeuse dans un collège à 50% jusqu'en mars 2006, date de son dernier arrêt de travail pour des douleurs ostéoarticulaires.

L'assurée souffre de douleurs musculo-squelettiques ubiquitaires marquées par des arthralgies touchant les épaules, les coudes, les mains, les hanches, les genoux et les chevilles de façon bilatérale. Des examens radiologiques en 2004 et 2005 ont permis de retenir le diagnostic de cervicalgies et lombalgies chroniques aspécifiques et des arthralgies diffuses sur un probable trouble somatoforme douloureux. Des traitements associant des mesures médicamenteuses à des mesures physiques n'ont pas permis une réelle amélioration de la symptomatologie musculo-squelettique algique de l'assurée. D'un point de vue psychiatrique, l'intéressée a été suivie par un psychiatre en 2003, afin de mieux supporter ses douleurs physiques, ainsi que pour des attaques de panique, dans le contexte d'une anxiété diffuse. En 2006, l'assurée a présenté un état dépressif avec des idées suicidaires, ayant nécessité l'introduction d'un traitement antidépresseur qui a été efficace, puisqu'actuellement l'assurée n'a plus de suivi psychiatrique. L'assurée se plaint actuellement de cervicalgies et lombalgies bilatérales à prédominance droite, ainsi que d'arthralgies ubiquitaires et de douleurs musculaires diffuses. Ces algies amènent l'expertisée à restreindre ses activités ménagères et à ne plus envisager d'activité professionnelle. Sur le plan thymique, l'intéressée signale se sentir de plus en plus déprimée, anxieuse et irritable en raison de ses douleurs physiques.

Après anamnèse, examen clinique et discussion interdisciplinaire, les experts retiennent une suspicion de fibromyalgie, affection sans répercussion sur la capacité de travail de l'assurée, puisque les critères d'invalidité reconnus par la jurisprudence actuelle ne sont pas remplis. Les experts sont surpris par l'existence d'une discordance entre l'intensité des plaintes algiques de l'examinée et le peu de

données objectivables, dans le contexte d'une surcharge psychogène. L'examen ostéoarticulaire est sans particularités, alors que 16 trigger points pour la fibromyalgie sont positifs sur 18 et 4 signes de non-organicité de WADDELL sont présents sur 5. L'examen psychiatrique confirme que le dernier épisode dépressif dont a souffert l'intéressée est en rémission totale et exclut la présence de tout trouble psychiatrique. L'assurée présente des traits de personnalité histrionique qui expliquent qu'elle ait une tendance à la dramatisation et à la théâtralisation de ses maux physiques. Il s'agit d'un mécanisme, peut-être inconscient, déployé pour essayer d'en retirer des bénéfices secondaires, comme celui de pouvoir rester à la maison et s'occuper des enfants tout en étant aidée et assistée dans sa vie de femme au foyer. Ayant de hauts idéaux personnels, elle se sent vite atteinte et inapte à ses activités lorsqu'elle ne peut pas totalement satisfaire ses attentes et être bien reconnue. Elle s'identifie très facilement aux autres fibromyalgiques (suggestibilité) et anticipe ainsi une évolution négative en pensant que son état ne peut qu'empirer.

Après discussion interdisciplinaire, les experts en arrivent à la conclusion que Madame V. \_\_\_\_\_ conserve une capacité de travail de 100% dans sa dernière activité professionnelle de nettoyeuse, avec un plein rendement."

Dans un complément d'expertise du 28 septembre 2007, le Dr R. \_\_\_\_\_, directeur médical de la Clinique C.L.A, précise qu'en étudiant à nouveau le dossier médical, il remarque que l'assurée a été hospitalisée du 14 au 18 novembre 2005 dans le service de rhumatologie du Centre médical Y. \_\_\_\_\_ où les diagnostics retenus étaient ceux de lombalgies chroniques et d'arthralgies diffuses et qu'il ne retrouve pas de notion de troubles psychiques, même si l'assurée est sous Eflexor. Par contre, il relève que dans le rapport médical du 30 mai 2006 de la Dresse B. \_\_\_\_\_, il est décrit un état dépressif en aggravation avec des idéations suicidaires depuis mars 2006 et motivant l'introduction d'un traitement de Saroten. Il considère dès lors que l'incapacité de travail du 14 septembre 2005 au 11 décembre 2005 était essentiellement due à des problèmes rhumatologiques en rapport avec la probable fibromyalgie. Il estime que depuis mars 2006, le trouble de l'humeur est clairement prépondérant et justifie l'incapacité de travail totale. Le diagnostic psychique retenu était celui d'épisode dépressif moyen à sévère sans symptôme psychotique. Il observe que généralement, pour une patiente répondant au traitement antidépresseur instauré, ce qui est le cas de l'assurée, il faut compter sur une incapacité de travail de l'ordre de six mois.

Dans un rapport d'examen du 10 octobre 2007, le Dr F. \_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'AI, se fondant sur l'expertise et son complément, retient un status après épisode dépressif moyen à sévère, sans symptôme psychotique, dès mars 2006 et une suspicion de fibromyalgie. Il retient une incapacité de travail de 100% dès le 8 mars 2006 pour six mois environ puis une capacité de travail entière exigible dans toute activité.

Dans une lettre du 17 décembre 2007 à l'OAI, la Dresse B. \_\_\_\_\_ estime impossible de prévoir une reprise de travail pour

cette patiente qui présente un épisode dépressif en partie sévère ainsi qu'une maladie très invalidante par rapport à ses douleurs.

Par décision du 5 juin 2008, l'OAI a rejeté la demande de rente. Il a considéré que la capacité de travail de l'assurée était entière dans toute activité depuis le mois d'août 2006.

**B.** Par acte du 3 juillet 2008, V. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision (...).

Dans sa réponse du 1<sup>er</sup> décembre 2008, l'OAI a conclu au rejet du recours.

A l'appui de sa réplique du 2 février 2009, la recourante a produit une lettre du 25 janvier 2009 et sa traduction en français adressée à son conseil par le Dr N. \_\_\_\_\_, psychiatre FMH, dont il résulte ce qui suit :

"Données socio-biographiques :

Madame V. \_\_\_\_\_, née le [...] en [...] dans l'ex-république [...], a grandi auprès de ses deux parents et de son frère âgé de quatre ans de plus qu'elle en milieu familial simple et harmonieux. Après l'école primaire elle apprit le métier de vendeuse. Après l'obtention de son certificat scolaire, elle travailla durant neuf mois dans son village. En 1995, elle rejoignit sa tante en Suisse, où elle fit la connaissance de son mari qu'elle épousa en 1996. Malheureusement, elle ne fut pas acceptée par ses beaux-parents. Ne se trouvant jamais seule, elle ne put pas profiter de sa grossesse et la vivre normalement. En 1999 ses beaux-parents quittèrent la Suisse ; elle put ainsi profiter de sa seconde grossesse. Son mari voulait la quitter, car elle ne s'entendait pas avec la famille de celui-ci, en particulier avec sa soeur.

De retour à la maison, son mari s'énerve, crie et ne parvient pas à participer et gérer la vie avec ses enfants. En [...], il écoute uniquement l'avis de sa propre soeur. Madame V. \_\_\_\_\_ se force à se taire afin d'éviter tout problème et de peur que son mari ne la quitte. Elle est, depuis 2003, plus ou moins régulièrement prise en charge par le service psychiatrique. Durant le temps des soins, elle a parfois souffert de pertes de poids massives et de dépression avec des pulsions suicidaires. Depuis le 05.04.2007 elle suit régulièrement un traitement dans la Polyclinique X. \_\_\_\_\_, Dresde B. \_\_\_\_\_, et, afin que les graves problèmes psychologiques puissent être soignés dans sa langue maternelle, elle vient aussi régulièrement dans notre institution.

Résultats :

Cette femme d'origine [...], de taille moyenne et de corpulence mince, âgée de bientôt 33 ans et dont le physique correspond à son âge, présente un aspect extérieur normalement soigné. D'un esprit vif, elle est parfaitement orientée dans le temps, dans l'espace, dans la situation et envers elle-même.

Auprès de la patiente d'une apparence pâle et faible aucun signe de déficit de l'attention, de la conception ou de la concentration n'est visible. Le raisonnement formel est ralenti et tourne en grande partie autour de ses douleurs et

de sa situation existentielle. La patiente dépressive, à laquelle un rapport affectif peut être établi, est très coopérative. En plus de cela, on peut remarquer une inquiétude intérieure, des troubles de sommeil continu et parfois d'endormissement, la perte de libido tout comme un certain retrait social. A ceci s'ajoutent la préoccupation concernant sa propre santé et par moments un manque de joie et d'intérêt. En situation d'examen il n'y a aucun signe de dysfonctions psychiques telles que contraintes, délires, illusions des sens ou troubles d'ego. Actuellement elle ne présente aucun risque de violence envers elle-même ou envers les autres.

#### Traitement

Moyens de thérapie appliqués

Déroulement de la thérapie

Psychodiagnostique

Psychothérapie individuelle dans la langue maternelle de la patiente et traitement avec des psychopharmaceutiques ; en plus on a établi une psychothérapie déléguée orientée vers une thérapie comportementale.

Diagnostics d'un traitement psychiatrique

Diagnostics psychiatriques secondaires

Diagnostics somatiques importants

Insomnie non organique liée à des troubles dépressifs récidivants, actuellement épisode dépressif de degré moyen avec des symptômes somatiques. (ICD-10 F51.0, F33.11)

Diagnostic somatique avec et sans influence sur la capacité de travail d'après le médecin de famille.

Médication

FLUOXETIN disp. 20 mg 1/0/1/0

ZOLDORM 10 mg 0/0/0/1

#### Rapport sur la capacité de travail

Du point de vue psychiatrique il faut constater que Madame V.\_\_\_\_\_, depuis le début de sa prise en charge et de son traitement, est considérablement restreinte dans sa capacité/incapacité de travail.

Les résultats du diagnostic démontrent, que, suite aux troubles dépressifs récidivants qui doivent être diagnostiqués, sa santé psychique se trouve gravement atteinte, ce qui nécessite impérativement à l'avenir des soins comportant un traitement médical accompagné d'une psychothérapie."

A l'appui de sa duplique du 23 mars 2009, l'OAI a produit un avis médical du 10 mars 2009 du Dr F.\_\_\_\_\_. Il relève que la lettre de la Dresse B.\_\_\_\_\_ du 17 décembre 2007 n'apporte pas d'élément médical nouveau, du moins sur le plan somatique. Il relève en outre ce qui suit :

"La lettre du Dr N.\_\_\_\_\_ retient un trouble dépressif récurrent, sans que ladite récurrence ne soit démontrée (il n'est aucunement fait mention d'épisode dépressif antérieur, suivi de période exempte de maladie). Il est difficile de retenir un "état dépressif moyen" chez une assurée à l'esprit vif, sans trouble de l'orientation, sans déficit d'attention et de concentration. Les 3 symptômes cardinaux de l'épisode dépressif que l'on devrait retrouver selon la CIM-10 font défaut : il n'est pas fait mention d'augmentation de la

fatigabilité, on ne retrouve pas d'humeur dépressive ; il y a certes un manque de joie ou d'intérêt, mais ils ne sont que momentanés ce qui est insuffisant pour les prendre en compte.

Quant aux autres symptômes permettant de préciser le degré de l'épisode dépressif, on n'en retrouve qu'un : les troubles du sommeil, dont on ignore la cause (on les connaissait en 2006 au moins, en lien avec les douleurs) ; or il en faut au moins 2 pour un épisode dépressif léger, 3 à 4 pour un épisode moyen. Enfin on ne relève que 2 symptômes sur les 4 au minimum nécessaires au syndrome somatique : réveils précoces, perte de la libido. On le voit, le Dr N. \_\_\_\_\_ ne donne pas les éléments permettant d'admettre la présence d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, encore moins celle d'un trouble dépressif récurrent. Les plaintes tournent autour de la douleur et de sa situation existentielle, ce qui est connu depuis au moins 2006. Les plaintes et les éléments relevés à l'examen clinique entrent dans le cadre du syndrome douloureux relié à la fibromyalgie. Enfin lorsqu'il parle de retrait social, le Dr N. \_\_\_\_\_ précise que l'assurée présente un certain retrait social, ce qui de facto implique qu'il n'est pas majeur et n'a ainsi pas valeur d'invalidité.

J'ai relu le rapport d'expertise de la Dresse T. \_\_\_\_\_ réalisé en 10.2006 dans le cadre du COMAI C.L.A : il est particulièrement fouillé et étayé ; tous les points nécessaires à la bonne compréhension de l'histoire psychique de l'assurée sont développés ; il y est entre autre précisé que l'entretien s'est déroulé en français sans difficulté de compréhension de part et d'autre (p. 5).

En conclusion, l'assurée n'apporte pas les éléments médicaux permettant d'envisager une aggravation susceptible de modifier les conclusions du rapport d'examen SMR du 10.10.2007."

La recourante a produit une seconde lettre du 12 avril 2009 du Dr N. \_\_\_\_\_ dont il résulte notamment ce qui suit :

"D'une part j'aimerais préciser qu'après un échange collégial avec le médecin traitant Madame Dr. méd. B. \_\_\_\_\_ il y a un accord entre elle et moi concernant le diagnostic somatique et psychiatrique. D'autre part on ne peut pas adhérer au commentaire de la part du SMR Suisse Romande du 10 mars 2009.

Je ne peux pas dire avec certitude si ce résultat est dû à la traduction ou à l'interprétation de mon rapport, mais contrairement aux reproches du commentaire cité, j'avais écrit, que les déficits mentionnés pourraient être en ce moment cachés ; une exploration détaillée démontre que le raisonnement formel de la patiente dépressive est ralenti et que ses pensées tournent constamment autour de sa propre personne.

Pour finir j'aimerais également rajouter, que depuis le rapport du 25 janvier 2009, l'état psychique de la patiente a nécessité une nouvelle adaptation médicamenteuse des antidépresseurs prescrits et que concernant la compliance de Madame V. \_\_\_\_\_ il n'a rien de négatif à constater.

De plus il me faut constater que d'après les informations présentes, le cadre du COMAI C.L.A donne l'impression de prendre ses décisions avant tout en faveur des assurances.

Bien que ce ne soit pas le sujet de la discussion, cela a déjà été constaté plusieurs fois sous forme similaire dans d'autres évaluations de cette institution."

Elle a également produit une lettre du 11 mai 2009 de la Dresse B. \_\_\_\_\_ qui écrit notamment ce qui suit :

"En effet, je confirme les diagnostics du Dr. N. \_\_\_\_\_, qui correspondent à la définition CIM-10 du trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, contrairement à ce que stipule le Dr. F. \_\_\_\_\_ dans son courrier du 10 mars 2009. Ayant suivi Mme V. \_\_\_\_\_ depuis 2003 et non 2007, je peux vous confirmer que celle-ci présente un trouble dépressif récurrent. En ce qui concerne les critères du trouble dépressif moyen, la patiente présente : un abaissement de l'humeur, une diminution du plaisir, une réduction d'énergie, n'arrive par moment même plus à faire le repas de sa famille et d'autant moins, les courses, ce qui confirme que ceux-ci entraînent une augmentation de la fatigabilité et une diminution des activités. Ces épisodes dépressifs récurrents mènent aussi, en plus des douleurs invalidantes, à une diminution de l'estime de soi, des idées de culpabilité, surtout face à ses enfants, une attitude morose face à l'avenir et une perturbation du sommeil. Il y a même eu par moment des actes d'agressivité face à ses enfants. En ce qui concerne le retrait social, je peux confirmer celui-ci dans le sens où Madame V. \_\_\_\_\_ n'était plus capable de se rendre à ma consultation à [...] depuis [...] lors de moments de crise. Finalement je ne mettrai pas en doute la compliance de la patiente, d'autant plus que nous avons fait un dosage de la Fluoxétine en septembre 2008, lorsque la patiente était sous ce traitement, et que celui-ci s'est révélé supra-thérapeutique avec un probable métabolisme lent et que la patiente a toujours ressenti les effets secondaires, lors de l'introduction, des anti-dépresseurs. En conclusion, j'adhère au diagnostic du Dr N. \_\_\_\_\_ et je mets en doute les stipulations du Dr. F. \_\_\_\_\_, qui travaille pour l'Al."

L'OAI a produit un avis médical du 11 juin 2009 du Dr F. \_\_\_\_\_ dont il résulte notamment ce qui suit :

"La Dresse B. \_\_\_\_\_ affirme, sans le démontrer, que l'assurée présente un trouble dépressif récurrent. Je rappelle que dans son RM daté du 30.05.2006 elle annonçait un épisode dépressif et non pas un trouble dépressif récurrent, que dans sa lettre du 17.12.2007, elle annonçait un épisode dépressif et non pas un trouble dépressif récurrent. La distinction entre épisode dépressif et trouble dépressif récurrent a son importance, car ce dernier est de moins bon pronostic en terme de santé et de reprise de travail. L'épisode dépressif a un début et le plus souvent une fin, alors que le propre du trouble dépressif récurrent est la succession de plusieurs épisodes dépressifs (entrecoupés de périodes sans symptomatologie dépressive). Or la Dresse B. \_\_\_\_\_ n'a pas fait la démonstration des épisodes dépressifs récidivants, permettant de poser le diagnostic de trouble dépressif récurrent. La Dresse B. \_\_\_\_\_ cite les divers symptômes qui permettraient de retenir le degré moyen de dépression. On

comprend qu'ils sont fluctuants, et semblent par moments (durée? fréquence?) incapacitants pour les activités de la vie quotidienne (ne pas faire les courses, le repas). Le retrait social serait confirmé : l'exemple donné d'une assurée qui n'est occasionnellement plus capable de se rendre à la consultation à [...] depuis [...], alors qu'elle se déplace jusqu'à [...] pour les entretiens avec le Dr N.\_\_\_\_\_, n'est pas suffisant pour admettre un retrait social incapacitant au sens où l'entend la jurisprudence actuelle, à savoir : la "perte d'intégration sociale (... dans toutes les manifestations de la vie)".

(...)"

**B.** Le 30 septembre 2010, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI pour adultes invoquant des atteintes à sa santé physique et psychique.

Par courrier du 24 novembre 2010, l'assurée a donné à l'OAI la liste des diagnostics la concernant et des symptômes dont elle souffrait.

Par courrier du 29 novembre 2010, l'OAI lui a répondu ce qui suit :

"Madame,

Votre communication du 24 courant nous est bien parvenue.

Toutefois, nous vous informons que sur la base de votre lettre, il ne nous est pas possible d'entrer en matière pour un nouvel examen de votre droit aux prestations AI.

Comme indiqué dans notre correspondance du 6 octobre 2010, l'attestation de la modification de l'état de santé doit être établie par le biais d'un rapport médical détaillé. Ce rapport doit être établi par un médecin.

Par conséquent, nous vous laissons un délai supplémentaire au 13 décembre 2010 pour nous faire parvenir ledit rapport médical."

Dans un rapport médical du 20 janvier 2011, la Dresse B.\_\_\_\_\_, médecin traitant de la recourante, a indiqué ce qui suit :

**"Problèmes :**

Syndrome cervico-dorso-lombaire chronique

Epigastralgies récidivantes avec gastrite à H. Pylori en 2008  
Douleurs abdominales : intolérance au lactose  
Anémie ferriprive 6/10

**Evolution :**

Du point de vue somatique, l'évolution est plutôt défavorable du point de vue des douleurs cervico-dorso-lombaire. Madame présente une raideur de plus en plus importante, malgré plusieurs essais de physiothérapie.

Les douleurs abdominales sont très dépendantes de l'état psychique de Madame.

L'anémie ferriprive a été substituée avec succès.

**Pronostic :**

Voir avec collègues psychiatres."

Dans un rapport médical du 24 janvier 2011, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale et également médecin traitant de la recourante, a écrit ce qui suit :

"L'état de santé psycho-physique de la patiente (...) se dégrade et son handicap devient de plus en plus prononcé.

**1- Diagnostic :**

F33.2 Troubles dépressifs récurrents, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique.

F55.0 Insomnies non organiques

F62.1 Modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique.

- Vertiges postural paroxystiques de position.
- SPID - syndrome polyalgique idiopathique.
- Spondylose cervicale, dorsale et lombaire.
- Troubles de la mémoire avec une incapacité de fixer les événements dans l'immédiat ou parfois rétrograde (d'évoquer les événements antérieurs à un moments donné).

2- Perte de mémoire, perte de vitalité, grande fatigue et épuisement avec des douleurs insupportables accompagnées d'une perte d'énergie, des insomnies et une incapacité à faire face aux responsabilités quotidiennes.

3- Incapacité de travail maintenue à 100%.

4- Pronostic défavorable car aucun résultat malgré une thérapie, et une fatigue qui va en augmentation."

Ce praticien a joint à son rapport celui du Dr N.\_\_\_\_\_, du Centre Z.\_\_\_\_ de [...], daté 12 avril 2009, déjà produit dans le cadre de la procédure précédente.

Il ressort d'un avis médical du 24 janvier 2011 établi par le Dr F.\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), que les éléments mis en avant par le Dr L.\_\_\_\_\_ ne permettent pas d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assurée. En effet, ce praticien a estimé ce qui suit :

- "- Le côté récurrent du trouble dépressif n'est pas démontré.
- La présence de trouble dépressif n'est pas démontrée : concernant les 3 critères B, seule la perte d'énergie est rapportée (or il faut au minimum 2 critères B pour parler de trouble dépressif) ; en particulier, aucune baisse d'humeur n'est relatée.
- Concernant les critères C, seules les troubles du sommeil et la perte de mémoire sont rapportés (or il en faut au minimum 4 pour admettre un épisode moyen et 8 pour sévère).
- On ne comprend pas la modification durable de la personnalité qui n'est également pas démontrée.
- Le traitement n'est pas précisé.
- Le syndrome polyalgique n'est pas un élément nouveau, mais une autre appellation de la fibromyalgie.
- Les vertiges "postural-paroystiques de position" ne sont pas susceptibles d'engendrer d'IT prolongée, car apparentés aux diagnostics de fibromyalgie.
- En l'absence d'anomalie dégénérative sur les examens radiologiques du rachis en 2005, on peine à croire qu'en 6 années, l'apparition d'une spondylose cervico-dorso-lombaire puisse justifier, chez une femme jeune, une diminution de la CT.
- Enfin, aucun status clinique n'est relaté."

Par projet de décision du 18 novembre 2011, l'OAI a informé l'assurée de son intention de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations.

Par courrier du 6 janvier 2012, le Dr L.\_\_\_\_\_ a communiqué à l'OAI son désaccord avec son projet de décision. Il a indiqué en particulier que depuis 2004, l'état de santé de sa patiente s'était de plus en plus péjoré, que plusieurs médecins avaient confirmé dans leurs rapports respectifs des diagnostics nouveaux attestant de cette aggravation et qu'il était peu compréhensible que ces éléments médicaux soient écartés sans effectuer au moins une expertise ou un examen complémentaire. Il a ainsi invité l'OAI à reconsidérer sa position.

Par courrier du 13 janvier 2012, la Dresse B.\_\_\_\_\_ a écrit notamment ce qui suit :

"(...) cette patiente présente depuis maintenant plus de 10 ans un trouble dépressif en partie sévère, nécessitant un suivi par un psychiatre et une médication sans laquelle Madame V.\_\_\_\_\_ devient suicidaire ainsi que des douleurs diffuses invalidantes pour sa mobilité. Ces troubles ne lui permettent pas de travailler et l'empêchent de s'occuper de sa famille et les douleurs l'obligent à rester par moment à domicile, donc à avoir une vie sociale anormale. Malgré un suivi conjoint et régulier par moi-même, médecin-généraliste et le Dr L.\_\_\_\_\_ à [...] sous la supervision du Dr N.\_\_\_\_\_, psychiatre à [...], l'état de la patiente se péjore.

De plus, je me permets de me référer à l'arrêté du Tribunal Fédéral ATF 130 V 352 du 12 mars 2004 sur les troubles somatoformes douloureux qui stipule que le requérant a droit à une rente AI s'il remplit les quatre critères suivants :

- 1) des affections corporelles chroniques ou un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable,
- 2) une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie,
- 3) un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin
- 4) l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux.

Par conséquent, au vu de cet argumentaire, je vous saurais gré de bien vouloir reconsidérer votre position".

Par lettre du 18 janvier 2012, l'OAI a interpellé l'assurée pour savoir si le rapport médical du Dr L.\_\_\_\_\_ du 6 janvier 2012 devait être considéré comme lettre de contestation à son projet de décision du 18 novembre 2011.

Par courrier du 25 janvier 2012, l'assurée a confirmé être en désaccord avec ledit projet.

Par avis médical du 15 février 2012, le Dr F.\_\_\_\_\_ a relevé que dans sa lettre du 6 janvier 2012, le Dr L.\_\_\_\_\_ n'apportait aucun élément médical nouveau et/ou sur lequel on pouvait s'appuyer (absence de tout rapport médical de confrère spécialiste, de tout rapport d'examen

radiologique, absence de rapport médical détaillé de psychiatre, etc.). Concernant le Dresse B.\_\_\_\_\_, le Dr F.\_\_\_\_\_ a estimé que celle-ci rapportait des problèmes de santé dont elle avait déjà parlé antérieurement, à savoir des affections connues depuis plusieurs années et qui avaient fait l'objet d'une expertise COMAI. En outre, le Dr F.\_\_\_\_\_ a relevé que dans sa lettre du 13 janvier 2012, la Dresse B.\_\_\_\_\_ se référait aux critères jurisprudentiels en matière de troubles somatoformes douloureux sans préciser aucunement en quoi ils seraient applicables à l'assurée. En conclusion, le Dr F.\_\_\_\_\_ a considéré qu'en l'absence d'aggravation médicalement démontrée, le SMR ne pouvait que maintenir sa position avancée dans son avis médical du 24 janvier 2011.

Par décision du 6 juillet 2012, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations faite par l'assurée, au motif qu'aucun élément médical nouveau n'avait été apporté au regard des informations médicales communiquées par les Drs L.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ et en particulier que :

- Le côté récurrent de son trouble dépressif n'était pas démontré.
- La présence de trouble dépressif n'était pas démontrée.
- Le traitement n'était pas précisé.
- Le syndrome polyalgique n'était pas un élément nouveau, mais une autre appellation de la fibromyalgie.
- Les vertiges "postural-paroystiques de position" n'étaient pas susceptibles d'engendrer une incapacité de travail prolongée.
- Enfin, aucun status clinique n'était relaté.

L'OAI a également considéré ce qui suit dans son courrier du même jour à l'adresse de l'assurée :

"En date du 18 novembre 2011, nous vous avons adressé un projet de décision de refus d'entrer en matière.

Préalablement, nous avons reçu, en date du 6 janvier 2012 un rapport médical du Docteur L.\_\_\_\_\_ et, le 13 janvier 2012, un rapport médical de la Doctoresse B.\_\_\_\_\_. Ces deux documents contestaient essentiellement l'évaluation médicale de votre situation.

Au vu de ce qui précède, nous vous avons demandé, par lettre du 18 janvier 2012, si nous devions considérer ces rapports médicaux comme lettre de contestation, ce que vous nous avez confirmé par votre courrier du 25 janvier 2012.

Nous avons donc soumis lesdits renseignements médicaux au Service médical régional (SMR) pour avis.

Le SMR relève que le Docteur L.\_\_\_\_\_ n'apporte aucun élément médical nouveau et/ou sur lequel on puisse s'appuyer pour démontrer une aggravation de votre état de santé (absence de tous renseignements médicaux de confrère spécialiste, de tout rapport d'examen radiologique, absence de renseignements de psychiatre).

En ce qui concerne celui établi par la Doctoresse B.\_\_\_\_\_, il est fait référence aux problèmes de santé déjà consignés dans les différents rapports versés au dossier, affections connues depuis plusieurs années, qui avaient par ailleurs fait l'objet d'une expertise auprès de la Clinique C.L.A, et qui ne démontre pas d'aggravation de l'état de santé.

(...)"

**C.** Par courrier du 6 septembre 2012, V.\_\_\_\_\_ a adressé à l'OAI une lettre par laquelle elle a déclaré faire recours contre la décision de refus d'entrer en matière rendue le 6 juillet précédent. Cette lettre a été adressée le 20 septembre suivant par l'OAI à la Cour de céans comme objet de sa compétence.

Toutefois, dans l'intervalle, par acte du 11 septembre 2012, V.\_\_\_\_\_, a interjeté recours directement auprès de la Cour de céans contre cette décision, qu'elle déclare avoir reçue le 12 juillet 2012, en concluant à ce que soit ordonnée une expertise médicale et psychique neutre, à ce que la décision attaquée soit annulée et à ce qu'elle soit exemptée de l'avance de frais pour la présente procédure. A l'appui de ses conclusions, la recourante a relevé que son état de santé s'était gravement péjoré et que c'était à tort que l'OAI avait nié l'existence de ses troubles dépressifs. Elle a indiqué de plus que son médecin allait l'envoyer faire des examens somatiques complémentaires pour documenter l'atteinte rhumatologique dont elle souffrait. Elle a ainsi fait grief à l'OAI de ne pas avoir effectué d'investigations suffisantes, ce qui justifiait que soit ordonnée une expertise neutre pour établir sa capacité résiduelle de travail. La recourante a joint en outre un courrier du 27 août

2012 du Dr L. \_\_\_\_\_ dans lequel ce médecin estime pour l'essentiel qu'il faut mettre en œuvre une expertise psychiatrique neutre, le rapport médical du Centre Z. \_\_\_\_\_ à [...] ayant été rédigé par un médecin ne connaissant pas la patiente, en l'absence du Dr N. \_\_\_\_\_, ainsi qu'une lettre de la Dresse B. \_\_\_\_\_ du 30 août 2012, dans lequel cette praticienne fait état de son désaccord avec la décision de l'OAI et souligne que la recourante souffre d'importantes douleurs somatiques mais aussi d'une atteinte psychique s'aggravant et devenant de plus en plus chronique et difficile à traiter.

Par réponse du 2 octobre 2012, l'OAI a considéré que la recourante n'avait produit aucun élément médical nouveau attestant l'aggravation de son état de santé et a proposé le rejet du recours.

Par courrier du 23 octobre 2012 adressé directement à la Cour de céans, le Dr L. \_\_\_\_\_ a écrit ce qui suit :

"A la demande de ma patiente, je me permets de vous écrire.

Par la présente, je vous communique mon désaccord concernant le refus de la rente AI.

Depuis plusieurs années, soit dès 2004, son état de santé psychique et physique est toujours de plus en plus péjoré.

Plusieurs médecins ont confirmé dans les rapports respectifs (...) des diagnostics nouveaux attestant d'une aggravation de son état de santé. Il est dès lors peu compréhensible que ces nouveaux éléments médicaux ne soient pas pris au sérieux.

Je suis devant une patiente présentant un état de santé préoccupant. Le rapport médical psychiatrique du **Centre Z. \_\_\_\_\_** à [...] a été rédigé par un autre médecin psychiatre qui ne connaît pas la patiente (...)."

Par réplique du 11 novembre 2012, le recourante a confirmé sa position et a maintenu son recours.

Par duplique du 27 novembre 2012, l'OAI a confirmé le maintien de sa décision du 6 juillet 2012 et a estimé que le courrier du Dr L. \_\_\_\_\_ du 23 octobre 2012 ne pouvait être pris en compte dans le cadre de la présente procédure.

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

**1.** 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'AI (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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 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, le recours a été déposé en temps utile compte tenu des fériés estivales et répond aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre une décision prise 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 (ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

**b)** Le litige porte sur la question de savoir si l'OAI était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée par la recourante le 30 septembre 2010.

**3. a)** Aux termes de l'art. 87 al. 3 RAI (Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RS 831.201), dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011 matériellement applicable en l'espèce (désormais art. 87 al. 2 RAI, cette modification de l'art. 87 RAI étant sans répercussion sur l'issue du litige), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité s'est

modifiée de manière à influencer ses droits. De même, lorsqu'une rente avait été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions posées à l'art. 87 al. 3 RAI sont remplies (art. 87 al. 4 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force de s'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3, 117 V 198 consid. 4b et 109 V 108 consid. 2a). Ainsi, lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles ; si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C\_67/2009 du 22 octobre 2009, consid. 1.2). A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref (ATF 109 V 108 consid. 2b).

**b)** Selon la jurisprudence fédérale, le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 195 consid. 2, 122 V 158 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI. Eu égard au caractère atypique de cette procédure dans le droit des assurances sociales, l'administration peut appliquer par analogie l'art. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 ; actuellement, voir l'art. 43 al. 3 LPGa) – qui permet aux organes de l'assurance-invalidité de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, RS 101]). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestation ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement

ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C\_708/2007 du 11 septembre 2008, consid. 2.3). Il s'ensuit que les rapports médicaux produits ultérieurement au prononcé de la décision administrative ne peuvent être pris en considération dans un litige de ce genre, dans lequel l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier (TF I 597/2005 du 8 janvier 2007, consid. 4.1 et les références citées).

Il ne saurait dès lors être tenu compte du rapport et du courrier des 27 août et 23 octobre 2012 du Dr L.\_\_\_\_\_, ni de la lettre du 30 août 2012 de la Dresse B.\_\_\_\_\_.

**c)** En l'espèce, il y a lieu d'examiner si la recourante a établi de façon plausible que son état de santé s'est modifié depuis le précédent refus de prestations survenu en 2008.

**ca)** Sur le plan somatique, la Dresse J.\_\_\_\_\_ avait estimé dans son rapport du 9 décembre 2003 que la recourante ne pouvait plus travailler dans sa profession de nettoyeuse ou d'aide de cuisine, mais son appréciation n'était pas documentée. Les médecins du Service de rhumatologie du Centre médical Y.\_\_\_\_\_ ne s'étaient pas prononcés sur la question de l'incapacité de travail de la recourante tout en relevant l'existence de douleurs diverses (cervicalgies, lombalgies chroniques aspécifiques et arthralgies diffuses) sur probable trouble somatoforme douloureux (rapport des Drs Z.\_\_\_\_\_, G.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ du 28 novembre 2005). Dans leur rapport d'expertise du 20 juin 2007, les

Dresses K.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ avaient retenu, en se fondant sur des examens complets, le diagnostic de suspicion de fibromyalgie sans répercussion sur la capacité de travail. La Cour de Céans avait considéré pour l'essentiel dans son arrêt du 31 décembre 2010 qu'il n'y avait ainsi aucun avis de spécialiste mettant en doute l'appréciation des experts K.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ et qu'il convenait dès lors de suivre leurs conclusions.

Dans son rapport médical du 20 janvier 2011, la Dresse B.\_\_\_\_\_ liste les problèmes somatiques rencontrés par la recourante, à savoir un syndrome cervico-dorso-lombaire chronique, des épigastralgies récidivantes avec gastrite, des douleurs abdominales (intolérance au lactose) et une anémie ferriprive. Toutefois, à l'examen de ce rapport, on observe que cette liste comporte soit des affections qui étaient déjà connues, documentées et discutées lors de la première décision de refus de rente l'OAI le 5 juin 2008, décision confirmée par la Cour de céans par arrêt du 31 mai 2010, soit fait état de problèmes de santé n'ayant pas d'impact démontré sur la capacité de travail de la recourante. En outre, ce rapport ne contient aucune discussion et pas d'argumentation sur les problèmes listés de même qu'il n'est pas documenté. Il n'est ainsi pas fait mention d'examens particuliers constatant ou justifiant une détérioration objective de l'état de santé de la recourante.

Concernant le rapport médical du 24 janvier 2011 établi par le Dr L.\_\_\_\_\_, on constatera que ce praticien relate notamment sur le plan somatique l'existence de vertiges posturaux paroxystiques de position, de syndrome polyalgique idiopathique, de spondylose cervicale, dorsale et lombaire.

Toutefois, il ne relate pas le status clinique de sa patiente. De même, il ne documente pas son avis en particulier par la production d'examens complémentaires, notamment radiologiques, ou d'avis de confrères spécialistes qui auraient pu démontrer la péjoration de l'état de santé de la recourante qu'il allègue sur le plan somatique.

**cb)** Sur le plan psychiatrique, dans leur rapport du 20 janvier 2004, les Drs D.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_ avaient posé le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant tout en indiquant que la recourante ne présentait pas un état dépressif. Dans son rapport du 30 mai 2006, la Dresse B.\_\_\_\_\_ avait indiqué une péjoration de l'état dépressif de la recourante allant jusqu'à des idéations suicidaires en mars 2006. Cette praticienne avait ainsi diagnostiqué un épisode dépressif moyen à sévère sans symptôme psychotique depuis 2005 en plus de celui de fibromyalgie. Dans leur rapport d'expertise du 20 juin 2007, les Dresses K.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ avaient retenu une capacité de travail entière sur le plan psychiatrique. En particulier, la Dresse T.\_\_\_\_\_ avait constaté, suite à un examen fouillé et étayé, que la recourante ne remplissait pas les critères de somatisation, ni pour un syndrome douloureux somatoforme persistant, ni pour un trouble somatoforme indifférencié et avait estimé que les critères jurisprudentiels relatifs à la fibromyalgie n'étaient pas réunis, faute de comorbidité psychiatrique. Dans son avis médical du 17 décembre 2007, la Dresse B.\_\_\_\_\_ avait indiqué que sa patiente présentait un épisode dépressif en partie sévère qui rendait impossible de prévoir une reprise du travail. Dans sa lettre du 2 février 2009, le Dr N.\_\_\_\_\_ avait, quant à lui, posé le diagnostic de troubles dépressifs récidivants, épisode dépressif de degré moyen avec des symptômes somatiques et avait conclu à une restriction considérable de la capacité de travail de la recourante. Ce praticien avait confirmé sa position dans son avis médical du 12 avril 2009. Quant à la Dresse B.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 11 mai 2009, elle avait notamment confirmé le diagnostic du Dr N.\_\_\_\_\_ de trouble dépressif récurrent.

Le Dr F.\_\_\_\_\_ avait estimé pour l'essentiel dans ses avis des 23 mars et 11 juin 2009 que la récurrence du trouble dépressif n'était pas démontrée par le Dr N.\_\_\_\_\_, et que ce médecin ne citait qu'un seul symptôme permettant de préciser le degré de l'épisode dépressif alors qu'il en fallait au moins deux pour un épisode dépressif léger. Concernant l'avis de la Dresse B.\_\_\_\_\_, le SMR avait estimé en substance que ses affirmations n'étaient pas démontrées, contradictoires (elle mentionnait un épisode dépressif dans ces rapports des 30 mai 2006 et 17 décembre

2007 et non un trouble dépressif récurrent comme dans son rapport du 11 mai 2009) et lacunaires. Dans son arrêt du 31 mai 2010, la Cour de céans avait ainsi considéré que seule l'expertise des Dresses K.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ devait être suivie, celle-ci ayant pleine valeur probante.

Dans le cadre de la nouvelle procédure initiée par la recourante le 30 septembre 2010, la Dresse B.\_\_\_\_\_ ne se prononce pas sur le plan psychiatrique dans son rapport du 20 janvier 2011, laissant le soin à des collègues psychiatres de faire un pronostic. Force est de constater que ce rapport ne saurait dès lors rendre plausible l'aggravation de l'état de santé de la recourante sur le plan psychique.

Ce même constat peut-être fait concernant le rapport médical du 24 janvier 2011 établi par le Dr L.\_\_\_\_\_ lequel fait état notamment de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique, d'insomnies non organiques, de modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique, de troubles et de perte de la mémoire, de perte de vitalité, de grande fatigue et d'épuisement avec des douleurs insupportables accompagnées d'une perte d'énergie, d'insomnies et d'une incapacité à faire face aux responsabilités quotidiennes. Ce rapport ne démontre pas l'existence d'un trouble dépressif ni son côté récurrent de même qu'il ne prouve pas l'existence et l'évolution de la modification durable de la personnalité de la recourante ni l'existence et l'évolution des autres troubles dont il fait mention. Certes, le Dr L.\_\_\_\_\_ a annexé à son rapport celui du Dr N.\_\_\_\_\_ établi le 12 avril 2009. On relèvera toutefois que ce rapport n'apporte aucun élément nouveau dans la mesure où il avait déjà été produit dans le cadre de la procédure précédente.

**cc)** S'agissant du courrier du 6 janvier 2012 du Dr L.\_\_\_\_\_, dans lequel il marque sons désaccord avec le décision de l'OAI, il sied de relever que ce dernier n'apporte aucun élément nouveau sur le plan médical et se borne en définitive à critiquer l'appréciation du Dr F.\_\_\_\_\_. Ce médecin s'étonne en particulier que des diagnostics nouveaux, confirmés, selon ses dires, par plusieurs praticiens - dont il faut

comprendre qu'ils ont un impact négatif sur l'état de santé de la recourante - n'aient pas été pris en compte. Toutefois, ce praticien ne mentionne pas les diagnostics en question pas plus qu'il n'indique quelle serait l'influence de ces derniers sur la capacité de travail de sa patiente. En outre, il ne fournit aucune documentation médicale propre à confirmer son appréciation.

Concernant le courrier du 13 janvier 2012 de la Dresse B.\_\_\_\_\_, dans lequel elle indique notamment que sa patiente présente depuis plus de 10 ans un trouble dépressif en partie sévère nécessitant un suivi psychiatrique et une médication, cette praticienne ne fait que rapporter des problèmes de santé dont elle avait déjà parlé antérieurement, à savoir des troubles déjà allégués et qui avaient fait l'objet d'une expertise. En outre, elle se réfère également aux critères jurisprudentiels en matière de troubles somatoformes douloureux sans pour autant préciser en quoi ceux-ci seraient applicables à sa patiente. Ce courrier n'est ainsi d'aucun secours pour la recourante.

**d)** Au vu de ce qui précède, il convient de retenir que la recourante n'a pas établi de façon plausible une aggravation de son état de santé, ni sur le plan somatique, ni sur le plan psychique ce d'autant plus que sa nouvelle demande a été déposée dans un laps de temps rapproché par rapport à la décision de refus de rente de 2008 de l'OAI, confirmée par la Cour de céans par arrêt du 31 mai 2010, ce qui justifie de se montrer particulièrement exigeant pour apprécier le caractère plausible de ses allégations (cf. consid. 4a supra). Dès lors, c'est à juste titre que l'OAI a conclu que les conditions de l'art. 87 RAI n'étaient pas réalisées et qu'il a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations.

**4. a)** Il s'ensuit que, le recours, mal fondé, doit être rejeté, la décision attaquée étant confirmée.

**b)** La recourante, qui succombe, ne peut pas prétendre à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). Le présent arrêt est rendu sans frais.

**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 6 juillet 2012 par Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloués de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- V. \_\_\_\_\_,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

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 :