

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 4 avril 2014

---

Présidence de       Mme    THALMANN  
Juges     :       Mme Dessaux et M. Küng, assesseur  
Greffier       :       M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**M.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante,

et

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

---

**Art. 6ss, 16 et 17 LPGA; 4 al. 1, 28 et 28a al. 3 LAI; 27bis RAI**

**E n f a i t :**

**A.** M. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1958, mère de famille, ressortissante de Serbie-Monténégro en Suisse depuis 1995, travaillait dès le 15 mars 2001 en qualité d'aide fleuriste pour la société Q. \_\_\_\_\_ SA au [...]. Elle a déposé une première demande de rente AI le 24 avril 2006 en indiquant quant au genre de l'atteinte, souffrir de fortes douleurs au bas du dos depuis environ 1995.

Au terme du formulaire 531 bis complété le 22 mai 2006, l'assurée a précisé qu'en bonne santé elle ne travaillerait pas à l'extérieur en plus de la tenue de son ménage.

Dans un questionnaire pour l'employeur du 19 juin 2006, la société Q. \_\_\_\_\_ SA a indiqué que l'assurée avait travaillé jusqu'au 28 février 2006 comme aide fleuriste à temps partiel (30 h. par semaine) pour un salaire mensuel brut de 2'080 fr. depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005.

La Dresse C. \_\_\_\_\_, médecin-assistante du Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale et médecin traitant depuis 2002, dans un rapport médical du 21 juin 2006, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de lombosciatalgies et de fibromyalgie (existant depuis 1995 voire avant). Décrivant un état de santé stationnaire de l'assurée sans que la capacité de travail ne puisse être améliorée par des mesures médicales, le médecin traitant estimait que l'activité habituelle n'était plus exigible sans que l'exercice d'une quelconque autre activité ne soit encore possible. Ce dernier constat était la résultante du fait que "la moindre activité physique entraîne des douleurs très importantes. Même au repos, les douleurs empêchent d'être «relâché» ". Etaient notamment joints à ce rapport, les pièces et éléments médicaux suivants:

- Un rapport d'examen du 7 avril 2004 du Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et de la colonne vertébrale de la Clinique du dos à

[...], dont il ressort qu'un examen radiologique de clichés du rachis lombaire du 10 mars 2004 montre une déviation vers la gauche, une diminution de l'espace inter-discal L5-S1 ainsi qu'une discrète arthrose facettaire au même niveau. Ce spécialiste était d'avis que l'assurée présentait des lombalgies d'origine mécanique, probablement sur un mauvais fonctionnement du segment L5-S1. Le Dr T. \_\_\_\_\_ proposait de maximaliser le traitement conservateur (physiothérapie avec prise de Vioxx® lors de crises douloureuses et le port d'un lombostat quelques heures par jour).

- Un rapport médical du 19 avril 2005 du Dr N. \_\_\_\_\_ chef de clinique du Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur au CHUV, qui posait les diagnostics de lombalgies chroniques, de discopathies lombaires pluriétagées (L2 à S1), de déconditionnement musculaire global et d'état anxio-dépressif probable. Son appréciation de l'état de santé de l'assurée était la suivante:

"Appréciation:

Madame M. \_\_\_\_\_ présente des lombalgies chroniques dans un contexte de déconditionnement musculaire associé à une perte de l'hygiène posturale complète et une surcharge pondérale certaine. Des facteurs professionnels influencent certainement la situation, car quand ceux-ci sont évoqués avec la patiente, elle reconnaît un travail soutenu et une mise sous pression par son employeur, la patiente disant souvent fondre en larmes. Il persiste également des signes d'incohérence comme le relève le step test et le pseudo-strength test qui, en principe, ne sollicitent aucunement le segment lombaire et qui sont précocement interrompus chez cette patiente.

Ainsi une prise en charge ambulatoire ne me semble pas prometteuse dans cette situation, mais également pour des raisons linguistiques, qui empêcheraient une compréhension complète du programme. Nous décidons ainsi de reprendre la physiothérapie ambulatoire en insistant bien sur les exercices que la patiente doit effectuer de son propre chef, ce qui n'a toujours pas été effectué depuis près de 1 année.

Sur le plan médicamenteux, introduction d'Ibuprofène sous une forme retard et passage au Zaldian en réserve.

Un prochain contrôle est prévu dans 1 mois avec le maintien d'une incapacité de travail à 50 %."

- Une correspondance du 26 avril 2006 adressée par le Dr N.\_\_\_\_\_ au médecin traitant à teneur de laquelle le prénommé relevait en particulier, une accentuation de la symptomatologie douloureuse s'inscrivant dans une situation de sentiment d'incompréhension de la part à la fois de la famille de l'assurée mais également des soignants. Ce spécialiste était d'avis qu'au vu de la prédominance de l'élément psychologique avec déprime, l'introduction d'un antidépresseur était indiquée.

Dans un rapport médical du 22 août 2006 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé), le Dr N.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic invalidant de lombalgies chroniques dans un contexte de discopathies lombaires pluriétagées (L2 à S1) et de hernies discales (L4-L5 gauche et L5-S1 droite). Sur la base d'un dernier examen clinique du 26 avril 2006, ce spécialiste retenait que l'activité d'aide fleuriste était encore exigible à 100 % mais dans une mesure réduite (moyennant des pauses toutes les heures, des changements de posture et sans position debout toute la journée) de la part de l'assurée depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2005.

A teneur d'un rapport médical du 20 mars 2007, le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et J.\_\_\_\_\_, psychologue FSP de l'association A.\_\_\_\_\_, antenne de [...], ont mentionné les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4, depuis environ 1995) et d'épisode dépressif moyen (F32.1, depuis 2006). Suivant l'assurée depuis janvier 2007, ces praticiens notaient une aggravation de l'état de santé de leur patiente sans que sa capacité de travail ne puisse être améliorée par des mesures médicales. Le Dr Z.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_ estimaient que l'activité habituelle n'était plus exigible sans que l'exercice d'une quelconque autre activité ne soit encore envisageable.

Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAI a reçu, le 2 mai 2007, copie du dossier médical de l'assurée auprès de la G.\_\_\_\_\_ Assurances (assureur perte de gain). Il en ressortait notamment le document médical suivant:

- Un rapport d'expertise du 27 novembre 2006 établi par le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, gériatrie et hypnose, à la demande de la G.\_\_\_\_\_. Assurances. Cet expert a posé les diagnostics de dorsalgies avec sciatalgies bilatérales (hernie discale L4-L5 gauche et L5-S1 droite, scoliose sinistro-convexe marquée et discopathie pluriétagée L2 à S1), de troubles de l'adaptation (suspicion de trouble somatoforme douloureux) et de migraines à type céphalées en hémicrânie gauche depuis plusieurs années. Le Dr B.\_\_\_\_\_ s'est notamment exprimé en ces termes à l'occasion de son appréciation du cas de l'assurée:

"[...]

Je pense que pour cette affection [lombosciatalgies] et sur la base du tableau clinique, il nous faut admettre une incapacité de travail à 50 % du taux d'activité actuelle en tant que préparatrice d'arrangements floraux.

En ce qui concerne le trouble de l'adaptation, celui-ci justifie une incapacité de travail à 100 %, depuis le 11.04.2006 jusqu'à ce jour. Sur le plan thérapeutique, je rejoins l'idée du Dr N.\_\_\_\_\_ dans la nécessité d'une prise en charge psychothérapeutique par A.\_\_\_\_\_. Par ailleurs, un traitement par antidépresseurs et des contrôles des taux sériques chez une dame avec un BMI élevé me paraissent indiqués. [...]"

Dans un rapport médical intermédiaire du 8 mai 2007, le Dr N.\_\_\_\_\_ faisait part à l'Office AI d'un état de santé stationnaire de l'assurée qu'il disait ne pas avoir revue depuis le 30 octobre 2006. Il indiquait l'existence d'un état dépressif de degré moyen influençant certainement la situation somatique préexistante, ceci de l'ordre de 50 % de la capacité de travail.

A teneur d'un avis médical du 21 juin 2007 des Drs P.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_ du Service Médical Régional (SMR) de l'AI, il a été convenu de la nécessité de procéder à une expertise de l'assurée de type COMAI auprès de la Clinique Romande de Réadaptation (CRR) de Sion. Au terme d'un rapport d'expertise pluridisciplinaire (rhumatologique, psychiatrique et neurologique) du 11 décembre 2007, les Drs X.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, W.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et E.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie de la CRR ont posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de lombosciatalgies

chroniques à prédominance droite (M54.5) de degré moyen et de troubles dégénératifs de la colonne lombaire prédominant au niveau L5-S1 avec hernie paramédiane droite (M51.1) (G55.1). En tant que diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, les experts ont posé les diagnostics de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21) de degré moyen, de migraine avec aura (G43.1), de neuropathie du nerf médian au tunnel carpien bilatérale à minima (G56.0), d'obésité (E66.9), d'hypertension artérielle (I10), d'asthme non allergique (J45.9) et de rhinosinusite chronique (J32.9). L'appréciation du cas de l'assurée était décrite comme il suit:

"[...] En conclusion, M.\_\_\_\_\_ souffre de lombosciatalgies chroniques à prédominance droite qui sont en partie attribuables à des troubles dégénératifs modérés du rachis lombaire. Ces anomalies entraînent une limitation fonctionnelle pour les travaux exigeant des ports de charges et des travaux en flexion et/ou rotation du tronc ainsi que des stations exclusivement debout. A ce titre, l'activité d'aide-fleuriste est contre-indiquée depuis le 27 février 2006 pour une durée indéterminée.

Une capacité de travail dans une activité adaptée au problème du rachis, c'est-à-dire respectant les limitations fonctionnelles suscitées et permettant des changements de position, nous paraît exigible. En effet, si l'assurée a présenté des éléments dépressifs qui ont pu justifier d'une incapacité de travail quelle que soit l'activité envisagée, l'évaluation actuelle met en évidence une amélioration du problème psychologique. On ne peut actuellement retenir qu'un trouble de l'adaptation avec une réaction dépressive prolongée de degré moyen n'ayant pas de caractère invalidant. Ainsi donc, sans nier l'authenticité des douleurs ressenties par l'assurée, dans un souci d'équité vis-à-vis des autres assurés, les experts s'accordent à estimer qu'une activité adaptée au problème de rachis est exigible à 70 %, à tout le moins à partir de la date de la présente évaluation. Ce taux est un taux global tenant compte d'une légère diminution de rendement que l'on peut accepter en relation avec la problématique rachidienne.

Le pronostic concernant la reprise d'une activité adaptée est cependant assombri par des facteurs non-médicaux à proprement parler tels que la longue durée d'incapacité de travail, la mauvaise compréhension que l'assurée a de son problème médical et sa vision pessimiste de la situation. Pour les mêmes raisons, des mesures professionnelles semblent vouées à l'échec chez une assurée qui s'autolimite lorsqu'elle est placée en situation.

Les experts n'ayant pas de proposition thérapeutique la présente évaluation est fixée pour une longue durée voire définitivement."

Dans un rapport médical du 13 mars 2008, le Dr L. \_\_\_\_\_ du SMR s'est rallié aux constatations et conclusions ressortant de l'expertise médicale pluridisciplinaire précitée. Il a ainsi estimé que les éléments objectifs se rapportant à la pathologie rachidienne permettaient de retenir que l'assurée présentait une incapacité de travail totale au long cours depuis le 27 février 2006 en tant que fleuriste. Une capacité de travail à 70 % dans une activité adaptée - sans port de charges, positions en porte-à-faux du rachis, activités en flexion et/ou rotation du tronc et sans stations exclusivement debout - était cependant exigible de la part de l'assurée dès décembre 2007 avec une aptitude à la réadaptation théorique depuis lors.

Au terme d'un rapport d'enquête économique sur le ménage du 5 juin 2008, établi sur la base d'une enquête réalisée le 2 juin précédant, l'enquêtrice I. \_\_\_\_\_ de l'OAI a arrêté un statut de 66 % active et de 33 (recte: 34) % ménagère correspondant à la situation de l'intéressée avant la survenance de son atteinte à la santé. Après examen, il était tenu compte d'un taux d'empêchement total de 19,9 % dû à l'invalidité dans l'exécution des tâches ménagères.

Par projet de décision du 4 mars 2009, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter la demande de rente. Il a confirmé ce refus par décision rendue le 14 avril 2009 notamment pour les motifs suivants :

"Résultat de nos constatations:

- Vous avez déclaré que, sans atteinte à la santé, vous auriez continué votre activité de fleuriste à 66 %. Nous vous avons dès lors considérée comme personne active à 66 % et comme personne occupée aux travaux de son ménage à 34 %.
- Il ressort de l'enquête ménagère établie à votre domicile le 2 juin 2008, que vous présentez des empêchements évalués à 19.9 %.
- Selon les renseignements médicaux en notre possession et après analyse médicale de votre situation, nous estimons que votre ancienne activité de fleuriste n'est plus exigible.
- Par contre, dans une activité adaptée à votre état de santé, votre capacité de travail et de gain est exigible à 100 % (sur votre taux d'active à 66 %).

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est votre cas - repris

d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2006, CHF 4019.00 par mois, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, TA1; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006 (41,7 heures; La Vie économique, 10-2006, p. 90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4189.81 (CHF 4019.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 50277.69.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2007 (+1.60 %; La Vie économique, 10-2006, p. 91, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 51082.13 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, à l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La Jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25 % (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc).

Compte tenu des limitations fonctionnelles, un abattement de 15 % sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 28657.08 (à 66 %).

Si vous aviez poursuivi votre ancienne activité de fleuriste, vous réaliseriez un revenu annuel brut de CHF 28'249.00.

Le revenu annuel d'invalidé étant supérieur aux gains que vous réalisiez à 66 % auprès de votre dernier employeur, nous ne pouvons que constater que vous ne présentez aucune perte de gain due à votre état de santé.

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Activité adaptée	66 %	0 %	0 %
Ménagère	34 %	19.9 %	7 %
Degré d'invalidité			7 %

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

**B.** Le 15 décembre 2011, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI. Elle faisait état de dépression, de mal au dos et aux genoux, d'asthme et d'hypertension artérielle. L'assurée a produit un certificat médical établi le 2 février 2012 par la Dresse C.\_\_\_\_\_ qui y posait les diagnostics de trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen à sévère), de syndrome douloureux somatoforme persistant, d'hypertension artérielle, de migraine avec aura visuelle et d'asthme. Ce médecin mentionnait une aggravation de l'état de santé de sa patiente dont il résultait une incapacité de travail totale depuis le 11 avril 2006, ceci même dans l'accomplissement des travaux ménagers.

Dans un avis médical SMR du 27 février 2012, le Dr L.\_\_\_\_\_ a relevé que les douleurs semblaient avoir augmenté, sans annonce d'une nouvelle pathologie. Compte tenu de la péjoration possible de trouble de l'humeur annoncée, il se justifiait de poursuivre l'instruction sur ce point.

Dans un rapport médical du 26 avril 2012 à l'Office AI, la Dresse C.\_\_\_\_\_ a précisé qu'un suivi psychiatrique auprès de l'association A.\_\_\_\_\_ ainsi qu'un soutien psychologique lourd avaient été mis en place. S'agissant de la capacité de travail, seule la tenue du ménage restait exigible et ceci uniquement en dehors des crises entraînant des douleurs exacerbées. La Dresse C.\_\_\_\_\_ mentionnait en particulier une tendance de l'assurée à "tout somatiser" avec un déni de l'origine psychiatrique de ses atteintes.

Dans un rapport médical du 12 juin 2012, la Dresse K.\_\_\_\_\_, cheffe de clinique et H.\_\_\_\_\_, thérapeute Asthéfis de l'association A.\_\_\_\_\_ ont posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen à sévère sans symptômes psychotiques, F33.1-F33.2) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), présents depuis 2007. Elles ont indiqué une aggravation et chronicisation de l'état de santé de l'assurée depuis l'automne 2011, alors qu'elle était affectée cycliquement auparavant, cette aggravation se manifestant par des troubles du sommeil, une fatigue

matinale, un ralentissement psychomoteur, des troubles de concentration, des troubles de mémoire, de l'impulsivité et des angoisses allant jusqu'à des idées suicidaires (défenestration), sa foi retenant l'assurée de passer à l'acte. Ces spécialistes ont exposé que le pronostic était mauvais à cause de la chronicité de l'affection de l'assurée. Elles en concluaient que les symptômes dépressifs et douloureux de l'assurée l'empêchaient d'exercer toute activité professionnelle, son activité habituelle n'était plus exigible depuis mars 2004.

Dans un avis médical SMR du 18 juillet 2012, les Drs R. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_ sont convenus de la nécessité de réaliser une expertise psychiatrique de l'assurée, compte tenu d'un syndrome douloureux somatoforme persistant accompagné d'un trouble dépressif récurrent, épisode moyen à sévère, annoncés.

A la suite d'un examen clinique de l'assurée le 28 janvier 2013 et de l'étude du dossier médical de celle-ci, dans un rapport d'expertise psychiatrique du 30 janvier 2013, le Dr???. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, s'est prononcé comme il suit sur le cas de l'intéressée:

"[...]

#### DIAGNOSTICS

- Avec répercussion sur la capacité de travail; depuis quand sont-ils présents?

- Aucun.

- Sans répercussion sur la capacité de travail; depuis quand sont-ils présents?

- Episode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.00); présent depuis 2007.

- Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4); présent depuis 2010.

#### DISCUSSION ET APPRECIATION

- Nous sommes en présence d'une personne de 54 ans, chez qui le développement psycho-affectif a été marqué par le fait qu'elle a grandi dans la pauvreté (Madame M. \_\_\_\_\_ aurait marché pieds nus et n'aurait pas toujours mangé à sa faim). L'enfance est marquée par l'absence du père, qui travaillait en Slovénie. Si l'assurée a dû s'occuper du bétail et des travaux des champs, cela est qualifié de normal et non pas excessif ou inadapté à son âge et à sa condition physique de l'époque (absence de phénomènes de parentification, c'est-à-dire d'attribution de tâches, de rôles ou de

responsabilités d'adulte à un âge trop précoce). Il n'y a pas de notion de séparations traumatiques pendant l'enfance (absence de prématurité ni de placements loin du domicile familial pendant longtemps; s'il existe la notion d'une hospitalisation pendant 6 semaines, la mère aurait été présente). Par ailleurs, Madame M. \_\_\_\_\_ n'a pas été une enfant battue, elle n'a pas été victime de maltraitements sexuelles, l'entente au sein du couple parental est qualifiée de bonne (absence de violence physique ou verbale, notamment), le processus de socialisation se serait déroulé normalement (bonne intégration dans le groupe de ses pairs) et il n'y a pas de notion de troubles du comportement pendant l'enfance.

L'assurée ne souffre pas d'un trouble de la personnalité au sens des classifications psychiatriques officielles (CIM-10; DSM-IV-TR).

Pour qu'un diagnostic de trouble de la personnalité puisse être posé, il est nécessaire que des dysfonctionnements marqués aient existé de manière permanente depuis l'adolescence au plus tard dans le domaine des cognitions (perception de soi et de l'environnement), de l'affectivité, du contrôle des impulsions ou dans le domaine interpersonnel, dysfonctionnements qui doivent s'être manifestés dans tout type de situations et qui doivent avoir été à l'origine d'une souffrance personnelle ou d'un impact nuisible sur l'environnement social.

Dans le cas de Madame M. \_\_\_\_\_, celle-ci n'a pas présenté de souffrance psychique avant le début de l'année 2007 environ (48 ans). Si elle n'a pas fait de formation professionnelle, cela a été le fait des attitudes socio-culturelles qui régnaient dans son milieu social de l'époque (les filles d'une famille n'apprenaient pas de métier). En outre, l'analyse du cursus professionnel ne révèle pas de difficultés dans l'intégration du monde du travail. Ainsi, si l'assurée a peu travaillé, cela a été pour s'occuper de ses enfants. Par la suite, lorsqu'elle a pris un emploi d'aide-fleuriste, elle a montré une stabilité sur ce plan (2001-2005). Plus particulièrement, il ne s'avère pas qu'elle ait présenté une quérulence, une rigidité intense ou des comportements dysfonctionnels. La cessation de l'activité professionnelle a eu lieu pour des raisons médicales somatiques mais non pas à cause des manifestations d'un trouble de la personnalité. Enfin, sur le plan sentimental, si elle n'a pas été à même de s'engager dans une relation de confiance et de réciprocité à long terme avec son mari, il ne s'avère pas pour autant que sa vie affective soit chaotique. En outre, Madame M. \_\_\_\_\_ a été à même d'assumer ses enfants.

Ce qui précède signifie que les critères généraux pour la présence d'un trouble de la personnalité ne sont pas vérifiés et qu'un tel diagnostic ne doit pas être posé.

Remarquons que dans aucun document médical en notre possession un diagnostic de trouble de la personnalité n'a été posé.

- Il n'y a pas d'antécédents avant le début de l'année 2007. Madame M. \_\_\_\_\_ s'était adressée au CHUV pour des céphalées et dit avoir été référée à A. \_\_\_\_\_ pour une prise en soins psychiatriques, qui a débuté le 26 janvier 2007 et qui s'est poursuivie jusqu'à ce jour. Au mois de décembre 2007, une expertise multidisciplinaire aurait conclu aux diagnostics incapacitants de lombo-sciatalgies chroniques à prédominance droite et de troubles dégénératifs du rachis lombaire prédominant en L5-S1 avec hernie paramédiane

droite, et aux diagnostics non incapacitants d'obésité, de migraines avec aura, de neuropathie à minima du nerf médian au tunnel carpien bilatéral, d'hypertension artérielle, d'asthme non allergique, de rhinosinusite chronique et, sur le plan psychiatrique, de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée de degré moyen. Il a été considéré que les affections rhumatologiques étaient à l'origine d'une incapacité de travail totale dans l'activité d'aide-fleuriste mais que la capacité de travail était de 70 % dans une activité adaptée. L'assurée indique qu'elle s'est déprimée à cause des dorsalgies, des migraines et, consécutivement, la perte du travail. Au fil des ans, estime-t-elle, la symptomatologie dépressive s'est accentuée de manière progressive. L'antidépresseur de paroxétine (Deroxat®) a été modifié en raison d'absence d'effet et il a été remplacé par l'antidépresseur d'escitalopram (Ciprallex®). L'antidépresseur-hypnotique (somnifère) de mirtazapine (Remeron®) a été mis en place puis arrêté en raison d'une somnolence. A A.\_\_\_\_\_, la prise en soins est assurée depuis le 3 octobre 2008 par la Doctoresse K.\_\_\_\_\_ (quelques fois par an) et Madame H.\_\_\_\_\_ (une fois toutes les 2-3 semaines selon Madame M.\_\_\_\_\_). La Doctoresse K.\_\_\_\_\_ (rapport médical AI du [non daté; date du dernier contrôle le 6 juin 2012]) a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère sans symptômes psychotiques. La Doctoresse C.\_\_\_\_\_, médecin assistante auprès du cabinet du Docteur F.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, qui assure la prise en soins sur le plan somatique, a mentionné le même diagnostic (certificat médical du 2 février 2012; rapport médical AI du 26 avril 2012).

De la discussion qui précède, il ressort que le diagnostic d'épisode dépressif et non pas celui de trouble dépressif récurrent doit être posé. En effet, l'anamnèse dirigée montre qu'il s'est agi d'un seul et unique épisode de dépression qui existe depuis 2007. Il ne ressort pas que Madame M.\_\_\_\_\_ ait présenté au moins deux épisodes clairement distincts, séparés l'un de l'autre par une période d'au moins 2 mois au cours de laquelle elle aurait été libre de toute symptomatologie dépressive (critère diagnostique G1. du trouble dépressif récurrent non vérifié). En outre, dans les documents médicaux précités, il n'apparaît pas que l'assurée ait présenté plusieurs épisodes de dépression, raison pour laquelle nous nous en distançons sur ces points particuliers.

Actuellement, l'humeur est modérément déprimée avec un découragement, une diminution de l'élan vital, une légère tristesse, une légère réduction de la mimique, de la gestuelle et de la modulation de la voix et l'absence d'abattement ou de pleurs. Est rapportée une anhédonie en ce sens que plus aucune activité ne serait source de plaisir (dans le passé: s'occuper de ses enfants). Est constatée une réduction de l'énergie et est rapportée une perte de la confiance en soi ainsi que des pensées récurrentes de mort. Les critères 1, 2 et 3 de B. ainsi que les critères 1 et 3 de C. pour la présence d'un épisode dépressif léger sont vérifiés. Le critère 2 de c. (sentiments de culpabilité) n'a pas été retenu car les reproches que s'adresse Madame M.\_\_\_\_\_ n'ont pas de caractère excessif ou inapproprié. Il n'y a pas de ralentissement idéique (cf. infra), de même que nous n'avons pas constaté de diminution de l'aptitude à penser, tel que nous le verrons ci-après. Le critère 6 de C. (troubles du sommeil) n'a pas été retenu car les troubles du sommeil sont

intermittents et, lorsqu'ils se manifestent, ils sont dus aux douleurs ou à la crainte d'un nouveau cambriolage. Il n'y a pas d'éléments suffisants pour la présence d'un syndrome somatique (absence de réveil matinal précoce ni de pôle dépressif matinal; absence de ralentissement psychomoteur marqué d'origine psychique ou d'une agitation psychomotrice; absence de perte marquée de l'appétit ni de perte d'au moins 5 % du poids corporel au cours du dernier mois).

Remarquons que si, formellement, l'épisode dépressif actuel est de degré léger, il est proche d'un degré moyen.

Par conséquent, le diagnostic d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique doit être posé. En effet, le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, qui avait été retenu au mois de décembre 2007, ne peut plus être porté pour des raisons formelles. Cette affection fait référence à un état de perturbation émotionnelle (ici: dépression) entravant habituellement le fonctionnement socio-professionnel et survenant au cours d'un ou plusieurs événements stressants. Il s'agit, per definitionem, [d'] une affection dont l'intensité est relativement réduite. Habituellement, il ne persiste guère au-delà de 6 mois, sauf en cas de réaction dépressive prolongée, soit 2 ans au plus. Après ce laps de temps, ce diagnostic ne doit plus être porté.

Concernant les éléments-clé de la dépression potentiellement incapacitants (diminution de l'énergie, diminution de la volonté, ralentissement idéomoteur, diminution de l'aptitude à penser, perte de la confiance en soi), il existe une diminution de l'énergie qui s'observe cliniquement avec une baisse de l'élan vital. Cependant, cet aspect reste limité dans son intensité. Cela a tendance à être vérifié par l'analyse du déroulement du quotidien. En effet, les journées sont structurées avec la persistance de plusieurs activités dans la journée (rendez-vous, visites à ses enfants, promenades, tâches ménagères) et si l'assurée a des difficultés à faire les tâches ménagères, cela est dû aux douleurs qu'elle ressent. Il n'y a pas d'aboulie (perte de la volonté) dans la mesure où Madame M. \_\_\_\_\_ essaie d'assumer le plus possible des tâches ménagères (nettoyage, lessive, repassage, petites courses). Il n'y a pas de ralentissement idéique (initiative, fluidité idéiques); le ralentissement moteur est dû aux douleurs qu'elle ressent. Il n'y a pas de diminution de l'aptitude à penser. Plus particulièrement, les troubles de la concentration et de la mémoire rapportés par l'assurée ne se vérifient pas. Ainsi, au cours de l'entretien de l'expertise psychiatrique du 28 janvier 2013, elle a compris et a répondu aux questions sans hésitations systématiques ni de temps de latence anormalement accru. De même, nous n'avons pas objectivé de troubles de la mémoire à long terme ou à court terme significatifs. Si parfois le discours de Madame M. \_\_\_\_\_ est imprécis, cela est le reflet de l'intérêt réduit qu'elle peut porter à certains aspects de son passé; il ne s'agit pas d'une atteinte formelle de la mémoire à court terme ou à long terme, tel que le montre son aptitude à faire la description précise de certains événements se rapportant au passé proche ou lointain. Enfin, la diminution de la confiance en soi n'est pas incapacitante pour le type d'activité considéré (aide-fleuriste), travail qui ne suppose pas la prise de décisions engageant l'avenir de l'entreprise ni ne supposant des responsabilités étendues.

Ce qui précède signifie que les éléments déterminants ou que l'intensité de certains éléments déterminants de la dépression susceptibles d'être à l'origine d'une diminution de l'aptitude au travail est telle que celle-ci est entière.

Il n'y a pas de limitations fonctionnelles psychiques sur le plan de la dépression.

- Madame M. \_\_\_\_\_ dit ressentir, depuis 15 ou 16 ans, des douleurs dans le dos ainsi que des maux de tête. Depuis 5-6 ans, ces douleurs se seraient péjorées et se seraient propagées dans les hanches ainsi qu'à la jambe droite et, depuis 2 ans, également à la nuque ainsi qu'aux genoux. Dans l'expertise médicale multidisciplinaire du mois de décembre 2007, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant n'aurait pas été retenu. Par contre, celui de migraines avec aura aurait été porté. Il a également été posé par la Doctoresse C. \_\_\_\_\_.

Toujours est-il que la Doctoresse K. \_\_\_\_\_ (rapport médical AI du [non daté; date du dernier contrôle le 6 juin 2012]) a retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Il en est de même de la Doctoresse C. \_\_\_\_\_ (certificat médical du 2 février 2012; rapport médical AI du 26 avril 2012).

Madame M. \_\_\_\_\_ dit effectivement ressentir des douleurs persistantes, marquées, douleurs qui ne sont pas entièrement expliquées par une atteinte physique. Elles s'accompagnent d'un sentiment de détresse et constituent en quasi permanence sa préoccupation essentielle (le quotidien de l'assurée est organisé en majeure partie en fonction des douleurs qu'elle ressent). Enfin, elles ne constituent pas une manifestation de la dépression dont elle souffre (ce sont les douleurs qui sont à l'origine de la dépression). Les critères A. et B. pour le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant sont vérifiés et ce diagnostic doit effectivement être retenu.

Concernant les critères de gravité retenus par le Tribunal Fédéral pour le syndrome douloureux somatoforme persistant, il n'y a pas de comorbidité psychiatrique invalidante car l'épisode dépressif léger sans syndrome somatique est un facteur d'accompagnement au syndrome douloureux somatoforme persistant et il n'atteint pas une importance et une gravité suffisantes pour être incapacitant.

De plus, l'anamnèse met en évidence l'absence de perte d'intégration sociale dans tous les domaines de la vie (Madame M. \_\_\_\_\_ voit ses enfants plusieurs fois par semaine et a des contacts avec eux quotidiennement; elle a, rarement, des contacts avec son mari; elle a des contacts avec sa mère une fois par semaine; elle a des contacts avec son frère qui vit en Italie et sa sœur qui vit en Allemagne toutes les semaines et reçoit la visite d'une amie environ une fois par mois).

L'existence d'atteintes physiques chroniques sans rémission durable est un aspect qui relève de la compétence des médecins somaticiens.

Par rapport à la présence d'un état psychique cristallisé (résolution défectueuse d'un conflit intrapsychique par les douleurs), tout porte à croire qu'il s'agit ici d'un processus psychique rigidifié inaccessible à la thérapie.

Enfin, les traitements conformes aux règles de l'art se sont montrés inefficaces.

L'évaluation des critères concernant le syndrome douloureux somatoforme persistant ne montre pas d'arguments suffisants pour une atteinte incapacitante.

Nous avons vu que le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant n'avait pas été posé dans l'expertise médicale du mois de décembre 2007. L'assurée fait état d'une intensification progressive des douleurs depuis lors, et plus particulièrement depuis 2 ans. De ce fait, nous devons considérer que cette affection existe depuis 2010.

- Les éléments de pronostic favorable sont constitués par l'absence de trouble de la personnalité, par l'absence de consommation de substances psycho-actives (alcool, stupéfiants), par la recherche de soins (psychiatriques; psychopharmacologiques) ainsi que par l'étayage familial préservé. Les éléments de pronostic défavorable sont constitués par l'inaccessibilité à la psychothérapie (personne frustrée; pensée ancrée dans le concret et le factuel), par la durée des troubles (chronicisation de la dépression) ainsi que par le facteur de stress permanent constitué par les douleurs. Globalement, le pronostic doit être qualifié de plutôt défavorable.

Nous avons vu que l'épisode dépressif léger sans syndrome somatique n'était pas à l'origine de limitations fonctionnelles psychiques incapacitantes, même partiellement. Nous avons également vu qu'à la lumière des critères jurisprudentiels actuels, le syndrome douloureux somatoforme persistant devait être considéré comme non incapacitant.

La capacité de travail, médicale, théorique, est entière sur le plan psychiatrique, et cela dans quelque activité que ce soit.

Sur le plan de la symptomatologie dépressive, une péjoration ne peut pas être objectivée. En effet, le trouble de l'adaptation qui aurait été mentionné au mois de décembre 2007 était qualifié de moyen. Il en est de même actuellement (épisode dépressif de degré léger, proche d'un degré moyen). En tout état de cause, la symptomatologie relevée dans les documents médicaux en notre possession (certificat médical du 2 février 2012; rapport médical AI du 26 avril 2012; rapport médical AI du [non daté; date du dernier contrôle le 6 juin 2012]) ne se vérifie pas ou ne se vérifie pas entièrement.

- En résumé, il s'agit d'une assurée de 54 ans, qui présente un épisode dépressif léger, proche d'un degré moyen, sans syndrome somatique, affection qui n'est pas à l'origine d'une diminution de la capacité de travail. A la lumière des critères jurisprudentiels actuels, le syndrome douloureux somatoforme persistant doit être considéré comme non incapacitant. La capacité de travail médicale, théorique, est, sur le plan psychiatrique, de 100 %, et cela dans quelque activité que ce soit. Globalement, il n'y a pas eu d'aggravation significative de l'état de santé depuis le mois de décembre 2007.

## B. INFLUENCE SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

- Sur le plan psychique et mental

Aucune.  
- Sur le plan social  
Aucune.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?

Les troubles que présente Madame M. \_\_\_\_\_ ne sont pas susceptibles d'agir significativement, sur le plan psychiatrique, sur l'activité d'aide-fleuriste.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

Elle est de 100 %.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour)?

Oui. 8 heures 30 par jour.

2.4 Y'a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure?

Non, pas sur le plan psychique, cela en l'absence de ralentissement idéique (le ralentissement moteur est dû aux douleurs), de l'absence de troubles de l'attention, de la concentration ou de la mémoire.

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y'a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins?

L'examen du 28 janvier 2013 n'a pas montré un état induisant des limitations fonctionnelles sur le plan psychique entraînant une incapacité de travail durable, même partielle.

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

Il a toujours été nul.

3. En raison de ses troubles psychiques, l'assurée est-elle capable de s'adapter à son environnement professionnel?

Malgré ses troubles psychiques, l'assurée est capable de s'adapter à son environnement professionnel.

## C. INFLUENCE SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables?

Non, l'assurée étant persuadée d'être inapte à quelque activité que ce soit.

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent?

Non, celle-ci étant entière.

2.1 Si oui, par quelles mesures ? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)

Néanmoins, la prise en soins qui a été initiée auprès d'A. \_\_\_\_\_ devrait être poursuivie.

2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail?

La poursuite de cette prise en soins est susceptible de diminuer le risque d'une péjoration qui pourrait, à ce moment, être à l'origine d'une diminution de la capacité de travail.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assurée?

Oui.

3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité?

Toute activité correspondant à ses capacités et à son niveau d'instruction.

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour)?

8 heures 30 par jour.

3.3 Y'a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure?

Non, pas sur le plan psychique, cela en l'absence de troubles de l'attention, de la concentration ou de la mémoire.

3.4 Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons?

---

Remarques et/ou autres questions:

Nous n'avons pas réussi à joindre la Doctoresse K.\_\_\_\_\_."

Dans un avis médical SMR du 12 février 2013, le Dr R.\_\_\_\_\_ a fait siennes les constatations et conclusions du rapport d'expertise psychiatrique et a ainsi retenu qu'en l'absence d'aggravation significative de l'état de santé depuis décembre 2007, l'assurée bénéficiait d'une capacité de travail médico-théorique de 100 %.

Par décision du 11 juin 2013 - confirmant intégralement son projet de décision du 24 avril 2013 -, l'Office AI a refusé à l'assurée le droit à la rente ainsi qu'à un reclassement professionnel. Ses constatations étaient les suivantes:

"Résultat de nos constatations:

- En date du 14 avril 2009 nous vous avons notifié une décision de refus de rente d'invalidité au motif que votre degré d'invalidité global était de 7 % et par conséquent inférieur à 40 % (un degré d'invalidité inférieur à 40 % ne donne pas droit à une rente d'invalidité).
- Vous avez déposé une nouvelle demande de prestations AI en date du 15 décembre 2011 en raison d'une aggravation de votre état de santé. Un rapport médical du Dr C.\_\_\_\_\_ daté du 2 février 2012 attestait cette aggravation et un rapport médical de la Dresse K.\_\_\_\_\_ du 12 juin 2012 posait le diagnostic d'un syndrome douloureux somatoforme.
- Selon l'art. 4 al. 1 LAI [loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, RS 831.20] en relation avec l'art. 8 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée

permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

- Une expertise psychiatrique a été réalisée en date du 28 janvier 2013 auprès du Dr???.\_\_\_\_\_ qui constate la présence d'un épisode dépressif léger sans syndrome somatique présent depuis 2007 et confirme que vous souffrez d'un trouble somatoforme douloureux persistant.
- Selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux persistants, entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160 consid. 4b; ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et les arrêts cités).
- Ces troubles n'engendrent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Une exception à ce principe est admise dans les seuls cas où, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, – sous réserve des cas de simulation ou d'exagération – plus raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 sv consid. 2b et les références; ATF 130 V 352, consid. 2.2.3 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).
- Admissible seulement dans ces cas exceptionnels, le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un processus de travail suppose, dans chaque cas, soit la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance. Ce sera le cas (1) des affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, (3) d'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) de l'échec des 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 (VSI 2000 p. 155 consid. 2c; ATF 130 V 352, consid. 2.2.3).
- 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 (ATF 131 V 49, consid. 1.2).

- Ainsi, il convient d'abord de constater l'absence de toute comorbidité psychiatrique à votre syndrome douloureux somatoforme.
- Vous ne réunissez pas les critères de gravité retenus par le Tribunal Fédéral pour les syndromes somatoformes persistants.
- En effet, vous ne présentez pas d'affections corporelles chroniques, ni perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, ni un état psychique cristallisé et il n'y a pas d'échec des traitements conformes aux règles de l'art.
- Sur le plan juridique, on doit donc nier qu'une mise en valeur de votre capacité de travail ne puisse plus être exigée de vous à 100 %.
- Votre trouble syndrome somatoforme douloureux persistant ne constitue donc pas une atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI.
- Par conséquent, il n'y a pas d'aggravation significative de votre état de santé depuis notre dernière décision de refus du 14 avril 2009. Votre capacité de travail dans une activité adaptée est toujours de 100 %.
- Votre degré d'invalidité continue donc d'être de 7 % conformément au calcul suivant:

<u>Activité partielle</u>	<u>Part</u>	<u>Empêchement</u>	<u>Degré d'invalidité</u>
Active	66%	0%	0%
Ménagère	34%	19.9%	<u>7%</u>
Degré d'invalidité			7%

- Un degré d'invalidité inférieur à 40 % ne donne pas droit à une rente d'invalidité.
- Par ailleurs, ce taux d'invalidité n'ouvre pas le droit à un reclassement professionnel."

**C.** Par acte du 26 juin 2013 complété le 9 juillet 2013, M. \_\_\_\_\_ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant à l'annulation de la décision de refus précitée. Elle a également indiqué solliciter le bénéfice de l'assistance judiciaire. La recourante conteste les conclusions du rapport d'expertise psychiatrique du Dr???. \_\_\_\_\_. Elle produit un certificat médical du 5 juillet 2013 établi par

la Dresse K.\_\_\_\_\_ et la psychothérapeute H.\_\_\_\_\_ d'A.\_\_\_\_\_ dont la teneur est la suivante:

"Nous certifions que Mme M.\_\_\_\_\_, qui est suivie à notre consultation depuis janvier 2007, souffre actuellement d'un:  
- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère - F33.1 - F33.2 (selon la CIM-10)  
faisant suite à un épisode dépressif moyen (F32.1) diagnostiqué en 2007 (voir le rapport médical AI signé par le Dr Z.\_\_\_\_\_) et d'un:  
- Syndrome douloureux somatoforme persistant - F45.0.

Il faut noter qu'entre septembre 2007 et octobre 2008, la patiente a arrêté son suivi à A.\_\_\_\_\_ et, à son retour, en octobre 2008, nous avons constaté un nouvel épisode dépressif et posé le diagnostic différentiel de trouble dépressif récurrent (F33.1). Ce dernier élément - l'arrêt du suivi - n'est pas apparu assez clairement dans notre rapport médical pour la révision du droit à la rente.

A son retour à notre consultation en 2008, Mme M.\_\_\_\_\_ était en conflit ouvert avec son ex-mari au sujet de l'argent, entre autres, et c'est cet élément qui a été le facteur de crise et de rechute de son état de santé psychique. Par la suite, une brève amélioration a été observée, à l'automne 2010. Ces rémissions partielles nous font pencher vers un diagnostic différentiel de trouble dépressif récurrent. Comme la CIM-10 [Classification statistique internationale des Maladies et des Problèmes de Santé connexes] le précise clairement: "...Le trouble peut toutefois comporter de brefs épisodes caractérisés par une légère élévation de l'humeur et une légère augmentation de l'activité répondant aux critères d'une hypomanie, succédant immédiatement à un épisode dépressif (et parfois déclenchés par un traitement antidépresseur). ...

Par ailleurs, concernant la sévérité du trouble, la patiente évoque parfois des idées suicidaires, ce qui nous fait dire qu'il s'agit d'une dépression moyenne à sévère. Lorsque la patiente décompense à nouveau après une rémission partielle, c'est donc sur un mode sévère.

D'autre part, il existe chez Mme M.\_\_\_\_\_ un lien clair entre ses douleurs persistantes (son médecin traitant, la Dresse C.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, atteste que Mme M.\_\_\_\_\_ souffre de lombalgies et gonalgies aggravées) et son état de santé psychique: les douleurs empêchent la patiente de retrouver un élan vital et ce, malgré la médication psychotrope instaurée. Dans ce sens, nous pensons que Mme M.\_\_\_\_\_ n'est pas en mesure d'exercer une activité professionnelle actuellement.

Ce certificat est établi à la demande de la patiente."

La recourante soutient ainsi que son état de santé s'est aggravé depuis le rapport médical du Dr Z.\_\_\_\_\_ du 20 mars 2007, en ce sens qu'elle n'est actuellement plus capable d'exercer quelque activité professionnelle.

Dans sa réponse du 28 août 2013, l'Office AI conclut au rejet du recours. Il produit en annexe, un avis médical du SMR du 31 juillet 2013 établi par le Dr R. \_\_\_\_\_ auquel il se rallie et dont il ressort ce qui suit:

"Dans le cadre du recours, l'assurée produit un certificat médical d'A. \_\_\_\_\_ du 5.7.2013 à la signature de la Dresse K. \_\_\_\_\_ et de Mme H. \_\_\_\_\_, psychothérapeute. Ce document atteste que l'assurée est suivie depuis 2007, avec une interruption de septembre 2007 à octobre 2008 pour un trouble dépressif récurrent moyen à sévère et un syndrome douloureux somatoforme persistant. Les auteurs estiment que l'assurée n'est pas en mesure d'exercer une activité quelconque en raison des lombalgies et des gonalgies l'empêchant de retrouver un élan vital.

A cet égard, il convient d'observer que le status clinique n'est pas décrit, et que les limitations fonctionnelles objectives manquent. Je rappelle que notre position se fonde sur une expertise du Dr???. \_\_\_\_\_ du 30.1.2013, qui a tenu compte de l'ensemble du dossier. Le certificat d'A. \_\_\_\_\_ ne signale pas d'aggravation de l'état de santé postérieure à l'expertise. De plus, les auteurs n'expliquent pas pour quelles raisons elles s'écartent de l'appréciation du Dr???. \_\_\_\_\_.

Nous constatons que l'expert expose de façon convaincante les raisons pour lesquelles il ne retient pas un trouble dépressif récurrent, mais plutôt un épisode dépressif. Les symptômes-critères reconnus par la CIM-10 correspondent à un degré léger de la dépression, proche d'un degré moyen (page 10). Le caractère non incapacitant de cette atteinte est correctement apprécié par l'expert qui se fonde, en particulier, sur une analyse concrète du déroulement du quotidien de Mme M. \_\_\_\_\_, sur l'absence de ralentissement psychique, de troubles de la mémoire et de la concentration.

Au total, nous pensons que l'expertise du Dr???. \_\_\_\_\_ est infiniment mieux argumentée que le certificat produit, de sorte que nous sommes légitimés à maintenir notre position.

La deuxième pièce médicale produite est un rapport à l'OAI du 20.3.2007 à la signature du Dr Z. \_\_\_\_\_ et de Mme J. \_\_\_\_\_, psychologue. Ce rapport est expressément cité dans l'expertise de la CRR du 11.12.2007. Nous n'y reviendrons donc pas."

La réponse de l'OAI a été communiquée à la recourante et un délai de réplique fixé. La recourante n'a pas réagi.

Par ordonnance du 27 septembre 2013, le juge instructeur a imparti un délai au 14 octobre 2013 à la recourante pour faire savoir si celle-ci maintenait sa demande d'assistance judiciaire, en l'invitant à lui

retourner le formulaire ad hoc après l'avoir rempli. Cette dernière n'a pas répondu.

### **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 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 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, il y a lieu 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 rendue le 14 avril 2009 par l'OAI.

**3.** 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).

En l'espèce, il y a ainsi lieu de comparer les faits existant lors de la décision du 14 avril 2009 avec ceux à prendre en compte lors de la décision attaquée.

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

longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** 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).

**5. a)** En l'espèce, sur le plan somatique, aucun des médecins consultés ne fait mention d'une aggravation des troubles mis en évidence au terme de l'instruction de la première demande de prestations. Ainsi sur la base des conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 11 décembre 2007 des médecins de la CRR - reprises par le Dr L. \_\_\_\_\_ du SMR puis suivies par l'Office intimé dans ses décisions des 14 avril 2009 et 11 juin 2013 -, on retient que les lombosciatalgies chroniques et les troubles dégénératifs de la colonne lombaire dont souffre l'assurée, contre-indiquent la poursuite de son activité habituelle (aide fleuriste) depuis le 27 février 2006 mais que, dans une activité adaptée au problème de rachis (pas de ports de charges, pas de positions en porte-à-faux du rachis, pas d'activités en flexion et/ou rotation du tronc et sans stations exclusivement debout), la recourante dispose d'une capacité de travail à 70 % à tout le moins dès décembre 2007. Cette dernière constatation n'est au demeurant pas contestée par l'intéressée. Quant aux diagnostics d'hypertension artérielle, de migraine avec aura visuelle et d'asthme évoqués par la Dresse C. \_\_\_\_\_ le 2 février 2012, ceux-ci figuraient déjà expressément dans la liste des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail mentionnée dans l'expertise de la CRR du 11 décembre 2007, de sorte qu'il était déjà dûment tenu compte de ces atteintes à la santé - pour lesquelles aucune aggravation n'est par ailleurs annoncée - lors de la décision de refus rendue le 14 avril 2009.

**b)** Sur le plan psychiatrique, les médecins de la CRR avaient posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, de degré moyen, ce diagnostic n'ayant pas d'influence sur la capacité de travail.

Lors de la décision attaquée, l'expert a posé les diagnostics d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique et de troubles somatoformes douloureux, ces diagnostics étant sans répercussion sur la capacité de travail.

Selon la jurisprudence (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 et 4.2.3 et les réf. citées), les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité. Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. La jurisprudence a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux. 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, doivent être considérés comme pertinents, des affections corporelles chroniques (dont les manifestations douloureuses ne se recoupent pas avec le trouble somatoforme douloureux), un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), 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), l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 132). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (TFA I 506/2004 du 22 février 2006). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une

discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact; ATF 131 V 49).

**aa)** 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 358 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 et la jurisprudence citée).

S'agissant du trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère, retenu par les Dresses K.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_, l'expert s'est écarté de ce diagnostic en expliquant que l'anamnèse dirigée montrait qu'il s'est agi d'un seul et unique épisode de dépression existant depuis 2007 et qu'il n'en ressortait pas que la recourante ait présenté au moins deux épisodes clairement distincts, séparés l'un de l'autre par une période d'au moins deux mois au cours de laquelle elle aurait été libre de toute symptomatologie dépressive. Il a en outre constaté qu'il ne ressortait pas non plus du dossier médical que la recourante ait présenté plusieurs épisodes de dépression, raison pour laquelle il a retenu le diagnostic d'épisode dépressif.

La Dresse K.\_\_\_\_\_ mentionne dans son rapport du 12 juin 2012 des troubles du sommeil, une fatigue matinale, un ralentissement psychomoteur, des troubles de concentration, des troubles de mémoire, de l'impulsivité et des angoisses allant jusqu'à des idées suicidaires (défenestration), sa foi retenant l'assurée de passer à l'acte.

Après avoir examiné en détail les critères relatifs aux degrés de la dépression, l'expert a retenu un épisode dépressif de degré léger, proche d'un degré moyen. Concernant les éléments-clé de la dépression potentiellement incapacitants (diminution de l'énergie, diminution de la volonté, ralentissement idéomoteur, diminution de l'aptitude à penser, perte de la confiance en soi), l'expert explique qu'il existe une diminution de l'énergie qui s'observe cliniquement avec une baisse de l'élan vital mais que cet aspect reste limité dans son intensité, ce qui a tendance à être vérifié par l'analyse du déroulement du quotidien, les journées étant structurées avec la persistance de plusieurs activités dans la journée (rendez-vous, visites à ses enfants, promenades, tâches ménagères) et que si l'assurée a des difficultés à faire les tâches ménagères, cela est dû aux douleurs qu'elle ressent. L'expert n'a pas constaté d'aboulie dans la mesure où l'assurée essaie d'assumer le plus possible des tâches ménagères (nettoyage, lessive, repassage, petites courses), ni de ralentissement idéique ni de l'aptitude à penser, les troubles de la concentration et de la mémoire rapportés par l'assurée ne se vérifiant pas et le ralentissement moteur étant dû aux douleurs qu'elle ressent. De même, l'expert n'a pas objectivé de troubles de la mémoire à long ou à court terme significatifs. Enfin, il a expliqué que la diminution de la confiance en soi n'était pas incapacitante pour le type d'activité considéré (aide-fleuriste), travail qui ne suppose pas la prise de décisions engageant l'avenir de l'entreprise ni des responsabilités étendues. Il en conclut qu'il n'y a pas de limitations fonctionnelles psychiques sur le plan de la dépression.

L'expertise comporte une anamnèse et fait état des plaintes de la recourante. Exempte de contradictions, elle relève d'une étude approfondie du cas de la recourante. Les explications de l'expert sont claires. Il explique de manière circonstanciée les raisons pour lesquelles il s'écarte des diagnostics posés par les Dresses C.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_. Ses conclusions sont bien motivées et convaincantes. Elles ne sont pas mises en doute par les conclusions des Dresses C.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_, lesquelles sont insuffisamment documentées. Quant au rapport de la Dresse K.\_\_\_\_\_ produit en procédure, il ne décrit pas le status clinique ni

les limitations fonctionnelles et ne motive pas le diagnostic. Il ne signale pas non plus d'aggravation de l'état de santé postérieure à l'expertise et n'explique pas pourquoi elle s'écarte des conclusions de l'expert. Le rapport d'expertise du Dr???. \_\_\_\_\_ a ainsi valeur probante.

Il y a dès lors lieu de retenir le diagnostic d'épisode dépressif de degré léger sans syndrome somatique, ce diagnostic n'entraînant pas d'incapacité de travail. De toute manière, même si l'on retenait le diagnostic de trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen à sévère), cela n'aurait pas d'incidence. En effet, il ne résulte pas des rapports médicaux figurant au dossier que ce trouble présenterait les caractères de sévérité susceptibles de le distinguer sans conteste du trouble somatoforme.

Il n'y a ainsi pas de comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée.

**bb)** Les autres critères consacrés par la jurisprudence, dont l'existence permet d'admettre le caractère non exigible de la reprise du travail, ne sont pas non plus réalisés. On ne voit pas que la recourante réunisse en sa personne plusieurs de ces critères (ou du moins pas dans une mesure très marquée) qui fondent un pronostic défavorable en ce qui concerne l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle. Celle-ci présente en sus du syndrome douloureux somatoforme persistant, une affection corporelle chronique, mais cette symptomatologie lui permet de travailler à 70 % dans une activité adaptée. Il n'y a pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Comme le relève l'expert, la recourante voit ses enfants plusieurs fois par semaine et a des contacts avec eux quotidiennement. Elle a également des contacts avec sa mère une fois par semaine, avec son frère qui vit en Italie et toutes les semaines avec sa soeur qui vit en Allemagne. Elle voit en outre une amie qui lui rend visite environ une fois par mois. L'expert retient certes un processus psychique rigidifié et que les traitements conformes aux règles de l'art se sont révélés inefficaces. Cependant il constate que

l'évaluation des critères ne montre pas d'arguments pour une atteinte incapacitante.

Il apparaît ainsi que le trouble somatoforme douloureux ne se manifeste pas avec une sévérité telle que, d'un point de vue objectif, seule une mise en valeur limitée de la capacité de travail de la recourante puisse être raisonnablement exigée d'elle.

**c)** En conclusion, force est de retenir que l'état de santé de la recourante ne s'est pas modifié.

Elle conserve ainsi une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée, soit de 100 % sur la part active de 66 %, son statut n'étant pas remis en cause par la recourante, l'empêchement sur la part ménagère de 34 % étant de 19.9%.

**6. a)** Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI); le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 francs (art. 2 al. 1 TFJAS [Tarif cantonal vaudois du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2], applicable par renvoi de l'art. 69 al. 1bis LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. à la charge de la recourante (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD), sans qu'il se justifie d'allouer des dépens dès lors que l'intéressée, au demeurant non assistée par un avocat, n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

**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 11 juin 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de M.\_\_\_\_\_.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- M. \_\_\_\_\_,
- 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 :