

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 18 février 2016

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
Mmes Di Ferro Demierre et Brélaz Braillard, juges  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Z.**\_\_\_\_\_, à S.\_\_\_\_\_, recourante, représentée par le Cabinet de conseil  
Asllan Karaj, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 87 al. 2 et 3 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** Née en 1963, Z.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante) est mariée et mère de trois enfants respectivement nés en 1986, 1987 et 1989. Après trois années d'études de chimie à Pristina, elle est arrivée en Suisse en 1986. Travaillant à domicile pour une entreprise de produits dentaires, accessoirement comme distributrice de journaux publicitaires, elle a été victime, dans le cadre de cette dernière activité, d'un accident de travail survenu le 24 janvier 2005. A cette occasion, elle s'est fracturé le poignet gauche, en glissant sur du verglas. Gauchère, elle a été mise en incapacité de travail totale depuis ce jour et a bénéficié d'indemnités journalières servies par l'assurance-accident (V.\_\_\_\_\_).

Dans un rapport du 12 juillet 2005, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique mandaté par l'assureur-accident précité, a diagnostiqué « une impotence fonctionnelle douloureuse avec consolidation vicieuse du radius distal, une probable neuropathie médiane et/ou cubitale post-traumatique du poignet gauche ainsi qu'un status après fracture déplacée de type Pouteau-Colles du poignet gauche, le 24 janvier 2005, traitée conservativement ».

**B.** Le 2 décembre 2005, Z.\_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) tendant à l'octroi d'une rente.

Répondant à un questionnaire de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) du 16 décembre 2005, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a rendu compte d'un état stationnaire, avec douleurs continues au membre supérieur gauche (MSG) justifiant une incapacité de travail totale. Pour le surplus, il a renvoyé l'OAI à l'avis du Dr N.\_\_\_\_\_.

Dans le questionnaire rempli le 26 décembre 2005 à l'attention de l'AI, l'intéressée a répondu qu'en bonne santé, elle travaillerait à 100

%, par nécessité financière, ce qu'elle fera valoir par la suite de manière constante.

Le rapport adressé le 12 janvier 2006 par le Dr M. \_\_\_\_\_ à l'OAI conclut à une incapacité de travail totale, même dans une activité adaptée, l'intéressée étant décrite comme incapable de tout effort physique substantiel.

Dans son rapport du 18 janvier 2006, le Dr U. \_\_\_\_\_, médecin traitant généraliste, indique que l'intéressée souffre depuis plusieurs années de cervicalgies, de lombalgies chroniques, de talalgie bilatérale et de fibromyalgie.

Du rapport adressé le 20 janvier 2006 par le Dr N. \_\_\_\_\_ à V. \_\_\_\_\_, il ressort que la scintigraphie osseuse du mois de juillet 2005 a montré la présence d'une algoneurodystrophie de Südeck active. Ce médecin explique que la mobilité du poignet s'est améliorée de manière significative, mais que les douleurs ainsi que la faiblesse de celui-ci persistent de manière inchangée. L'incapacité de travail reste totale et le pronostic quant à la reprise d'un travail est réservé, une reconversion professionnelle s'avérant nécessaire en l'absence d'amélioration.

Dans un rapport du 21 juillet 2006 à V. \_\_\_\_\_, le Dr N. \_\_\_\_\_ précise que les plaintes de l'assurée demeurent inchangées depuis le dernier examen médical du 13 janvier 2006, que les séquelles du poignet sont vraisemblablement définitives et qu'une reconversion professionnelle est souhaitable dans une activité légère de type industriel, nécessitant principalement l'utilisation de la main droite, avec laquelle elle écrit, ceci à un taux exigible d'au moins 50 pour-cent.

Par certificat du 29 janvier 2007, le Dr M. \_\_\_\_\_ atteste d'une incapacité totale de travail du 24 janvier 2005 au 28 février 2007.

L'examen bidisciplinaire effectué le 13 novembre 2006 par le Service médical régional AI (ci-après: le SMR) a donné lieu à un rapport

établi le 13 février 2007 par le Dr R.\_\_\_\_\_, orthopédiste et traumatologue FMH, et les médecins psychiatres H.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_. Il en ressort en substance ce qui suit:

- les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail sont, d'une part, des séquelles d'une maladie de Südeck au membre supérieur gauche (MSG) - lequel présente des douleurs constantes et dont l'amélioration notable est peu probable -, d'autre part des talalgies bilatérales et des cervicalgies chroniques. En revanche, aucun diagnostic sur le plan psychiatrique n'est réputé avoir de répercussion sur la capacité de travail. A ce sujet, l'assurée décrit une irritabilité due à ses problèmes somatiques, humeur toutefois qualifiée de fluctuante, avec laquelle l'intéressée parvient « à faire avec »;

- les limitations fonctionnelles sont ostéoarticulaires et l'assurée réputée pouvoir exercer toute activité mono-manuelle avec son membre supérieur droit (MSD). La main et le poignet gauche ne peuvent être utilisés que pour les gestes d'appoint, sans port de charge. En outre, elle doit éviter les longues marches à pied en raison de ses talalgies;

- la capacité de travail exigible sur le plan psychiatrique est de 100 %; elle est nulle dans l'activité habituelle sur le plan ostéoarticulaire, mais de 100 % dans une activité mono-manuelle adaptée, ce dès le 1<sup>er</sup> février 2006.

Un rapport du SMR du 19 mars 2007 établi par le Dr B.\_\_\_\_\_ confirme que la capacité de travail de l'assurée est entière dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles.

Le rapport initial de la division administrative de l'OAI du 18 juin 2007 mentionne que proposition a été faite à l'assurée de bénéficier de l'aide au placement, le préjudice subi ne lui ouvrant pas de droit à des mesures professionnelles en raison des faibles revenus réalisés avant la survenance de l'invalidité.

Dans un projet de décision du 27 juin 2007, l'OAI, en se fondant sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), a retenu un revenu sans invalidité de 49'659 fr. et un revenu d'invalidité de 44'693 fr., avec un abattement de 10 % en raison des limitations fonctionnelles, soit un préjudice économique excluant le droit à une rente.

**C.** Lors d'un entretien en vue de placement ayant fait l'objet d'un rapport établi le 3 juillet 2007 par la responsable X.\_\_\_\_\_, l'assurée a déclaré vouloir travailler, mais précisé ne pouvoir s'imaginer une activité qui pourrait convenir à son état de santé. A cette occasion, l'intéressée s'est vue offrir une aide pour la recherche d'une activité adaptée et a été rendue attentive à la future décision de refus d'octroi de la rente par V.\_\_\_\_\_, ainsi qu'à l'allocation d'une indemnité unique pour atteinte à l'intégrité d'un montant de 10'680 francs. L'OAI s'est en outre tenu à disposition de l'assurée pour entreprendre les démarches utiles à l'obtention de l'indemnité de chômage, compte tenu du prochain terme porté par V.\_\_\_\_\_ au versement des indemnités journalières. Par décision du 28 juin 2007 déjà communiquée à l'OAI, V.\_\_\_\_\_ avait en effet nié tout droit à une rente d'invalidité en se fondant sur la capacité de travail exigible telle que retenue par les médecins du SMR. Cet assureur avait pris en compte un salaire sans invalidité de 47'628 fr., valeur 2004, et un revenu d'invalidité de 46'600 fr., comprenant un abattement de 5 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles de l'assurée. La différence entre ces deux montants correspondant à un taux d'invalidité de 2,16 %, le droit à une rente avait été nié.

Dans un rapport intermédiaire établi le 26 juillet 2007, la responsable de l'aide au placement précitée a relevé qu'une mesure d'orientation – ceci au sens de l'art. 15 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) – s'avérait indispensable afin de définir les types de postes que l'intéressée pourrait occuper, celle-ci ne pouvant exercer qu'une activité mono-manuelle et non qualifiée. La mise en œuvre d'un stage de deux semaines en entreprise a été proposée.

Par décision du 3 août 2007, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à des mesures professionnelles. Celles-ci devaient avoir pour but, d'une part de circonscrire le type d'activité mono-manuelle qui pouvait être envisagée, d'autre part de s'assurer du caractère adéquat d'un tel travail au regard des limitations fonctionnelles et de la problématique du rendement au travail. Un stage dans l'entreprise Y. \_\_\_\_\_ SA, à K. \_\_\_\_\_, a été mis en place du 3 au 16 septembre 2007. Celui-ci a toutefois été écourté en raison des douleurs présentées par l'intéressée.

Par décision du 5 septembre 2007 fondée sur un degré d'invalidité fixé à 10 pour-cent, l'OAI a confirmé son précédent refus du droit à une rente et renvoyé le dossier de l'assurée à son service de réadaptation pour l'examen de mesures de placement.

**D.** Statuant par jugement du 15 avril 2008, le Tribunal des assurances du canton de Vaud (depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009: Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud) a admis le recours formé par Z. \_\_\_\_\_ contre cette décision (cause AI 376/07). Prononçant l'annulation de cette dernière, il a en substance considéré que le rapport du SMR du 13 février 2007 ne satisfaisait pas aux exigences posées par la jurisprudence en matière de preuve, si bien que le refus du droit à une rente s'avérait à tout le moins prématuré. Il a donc renvoyé le dossier de la cause à l'OAI afin qu'il procède à une nouvelle expertise sur le plan médical puis statue à nouveau. L'OAI devait également examiner l'opportunité de mesures professionnelles, afin de pouvoir apprécier correctement la capacité de travail et de gain de la recourante dans une activité adaptée.

Ensuite de ce jugement, l'OAI a confié au Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, le soin de procéder à l'expertise de la recourante. Dans son rapport du 12 décembre 2008, il a retenu les diagnostics orthopédiques suivants: « status bientôt quatre ans après fracture type Pouteau-Colles (ou Frykmann I) du radius distal gauche, traitée conservativement, consolidée en position vicieuse; syndrome algo-neuro-dystrophique secondaire du poignet et de la main gauches, traité

lege artis; status 17 ans après fracture type Frykman II du radius distal droit, ostéosynthésée, consolidée en position proche de la norme; discopathie modérée C5-6; surcharge chronique de l'aponévrose plantaire, bilatérale ». Il s'est exprimé en ces termes sous l'intitulé « appréciation du cas »:

« L'essentiel de l'histoire de cette patiente a été étayé plus haut.

En 1991, elle fut donc victime d'une fracture Frykman II de son poignet droit, ostéosynthésée. L'évolution fut favorable. Il en résulte un radius distal ayant une anatomie proche de la norme. Ceci dans le cadre d'une très probable variante "plus" du cubitus.

Cette lésion n'a pas empêché la patiente d'œuvrer normalement, tant pour les AVQ [activités de la vie quotidienne, réd.] que pour les activités professionnelles, parfois soutenues. Elle a pu faire un travail à domicile pour [le] conditionnement de produits dentaires, la distribution de journaux, et a tenu une épicerie pendant quelques années.

Le 24 janvier 2005, elle a subi une fracture Frykman I de son poignet gauche, traitée cette fois conservativement. Elle [l']a consolidée dans les temps, laissant un cal vicieux, avec perte de la moitié de la pente palmaire, ainsi que de la bascule palmaire de l'épiphyse radiale.

Sans autre complication, et compte tenu de l'architecture finale du radius distal gauche, on peut s'attendre à quelques séquelles fonctionnelles durables. Il s'agit, pour l'essentiel, d'une perte de la force de préhension, qui ne devrait toutefois pas dépasser le quart de la force usuellement admissible. En outre, la perte modeste de la mobilité en Flexion/extension du poignet peut générer une gêne lors de gestes précis (tel tenir un plateau de service). Enfin, on peut supputer une certaine baisse de la tolérance pour les charges portées, limitées par ex. à 5kg pour la main gauche, mais avec un port de charges bi-manuel proche de la norme. En revanche, les gestes digitaux fins ne devraient pas être significativement altérés.

En cours d'évolution, Mme Z. \_\_\_\_\_ a présenté un état algo-neuro-dystrophique limité au poignet gauche (à en croire la scintigraphie du 12 juillet 2005).

Actuellement, on ne détecte pas de séquelle objective significative de ce Südeck. La limitation modeste des amplitudes articulaires du poignet gauche rentre parfaitement dans le cadre des séquelles anatomiques osseuses. Peut-être que la modeste perte de l'opposition du pouce est secondaire à une rétraction tissulaire post-Südeck. Elle ne devrait toutefois pas générer de gêne supplémentaire importante. En revanche, la trophicité musculaire régionale est rétablie. Idem pour la trophicité globale de la main. Enfin, l'image scintigraphique est on ne peut plus rassurante.

Aussi, l'exigibilité énoncée plus haut reste inchangée.

Ceci étant, on ne peut que rester songeur face à un tableau objectif plutôt rassurant, alors que le tableau subjectif est mauvais.

L'absence actuelle de troubles neurologiques objectivables significatifs n'explique pas la position adoptée pour ce membre supérieur. Par ailleurs, l'absence de troubles trophiques résiduels tout aussi significatifs, témoigne d'une utilisation adéquate de ce membre. Pour conforter cette hypothèse, on peut y inclure l'image radiologique standard, qui montre une architecture trabéculaire physiologique du poignet et de la main gauches, élément parlant aussi contre un phénomène d'épargne chronique.

Le tout, en présence d'éléments de non organicité, et ceci de manière floride, c'est-à-dire une hypersensibilité au toucher, une résistance active régulière, une perte anormale de la force de préhension, en l'absence de troubles neurologiques ou orthopédiques probants, d'un sentiment de membre fantôme, etc.

Aussi, je n'ai pas d'argument orthopédique pouvant rendre compte de l'essentiel du tableau subjectif.

Je m'étonne par ailleurs du fait que cette patiente qui décrit des souffrances marquées, mais ne montre pas une mimique allant dans ce sens. Plus encore, la prise régulière d'antalgiques et d'AINS alléguée ne se confirme pas dans les dosages pratiqués ce jour.

Ces éléments, conjointement à l'attitude adoptée par la patiente avec son membre supérieur gauche (en quasi-plégie), correspondraient-ils à une mise en scène?

Aussi, en tenant compte des éléments objectifs et, de séquelles fonctionnelles communément admissibles, compte tenu du résultat anatomique actuel du poignet gauche, cette patiente paraît parfaitement apte à oeuvrer dans une activité adaptée, avec un plein rendement.

Une activité de bureautique, d'informatique, de surveillance, de gestion de commandes, de téléphoniste, de réceptionniste, de micro-technique, ou encore une place sur une chaîne de montage, maniant des objets légers, paraît réalisable.

Une capacité similaire est exigible pour l'activité de conditionnement de produits dentaires, sous entendu que la patiente ne porte pas de charges lourdes.

En revanche, la distribution de journaux n'est plus exigible, cette activité impliquant souvent le port de charges semi-lourdes ou lourdes, et à répétition. Il en est de même pour l'activité de tenancière d'une épicerie, souvent appelée à porter des cartons de produits alimentaires. Pour cette dernière activité, une CT résiduelle de 50% est discutable (travail à la caisse, rangement de produits légers, etc).

Compte tenu de cet état subjectif précaire, je n'ai bien évidemment aucun traitement orthopédique complémentaire à proposer (tel que celui préconisé par le Dr N. \_\_\_\_\_), visant la récupération, du

moins partielle, du déficit fonctionnel communément admis. En effet, il y a clairement un risque de péjoration des plaintes extra-anatomiques en cas de geste thérapeutique agressif.

L'exigibilité énoncée plus haut ne doit pas se modifier en raison des cervicalgies alléguées, imputables à une discopathie C5-6 banale pour l'âge, et sans troubles neurologiques périphériques significatifs. Ce d'autant plus que, le récent traitement (infiltration) fut bénéfique, le status objectif de ce segment rachidien étant rassurant.

Il en est de même pour les talalgies bilatérales, s'inscrivant dans le cadre d'une surcharge chronique de l'aponévrose plantaire. Elles peuvent être palliées par le port de talonnettes type viscoheel, ou encore par des supports moulés, avec évidemment talonnier. »

Répondant aux questions posées par l'administration, l'expert a conclu que l'assurée présentait une capacité de travail complète dans une activité respectueuse des limitations fonctionnelles retenues (port de charges n'excédant pas 5 kg avec la main gauche et force de préhension de la main gauche limitée à 25% au maximum), telle que le conditionnement de produits dentaires à domicile. Cette activité était exigible dès la date du rapport d'expertise, voire depuis le mois d'octobre 2007, date de la dernière appréciation médicale (examen neurologique réalisé par le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, en date du 9 octobre 2007). Une scintigraphie osseuse du poignet gauche du 18 décembre 2008 faisait état d'altérations d'origine simplement dégénérative.

S'exprimant à propos du rapport d'expertise du Dr L.\_\_\_\_\_, le Dr B.\_\_\_\_\_ a relevé ce qui suit dans un avis médical du 2 mars 2009:

« [...] L'expert conclut à une limitation modérée des amplitudes articulaires du poignet gauche et à une modeste perte de l'opposition du pouce. Il n'y a pas d'atteinte neurologique. L'aspect scintigraphique est rassurant. On ne peut que constater une discordance nette entre les plaintes alléguées, et les limitations objectives. On note certains signes de non organicité. L'absence de troubles trophiques contraste singulièrement avec l'apparence plégique du membre supérieur gauche. Il est établi que l'assurée ne prend pas les antalgiques / anti-inflammatoires qu'elle annonce.

Au vu de ce qui précède, l'expert conclut que l'assurée est parfaitement apte à exercer une activité adaptée sans diminution de rendement, par exemple dans le domaine de la bureautique ou de l'administration, une activité de montage légère ou de conditionnement de produits médico-dentaires. La distribution de journaux n'est plus exigible. Celle de tenancière d'une petite

épicerie ne l'est que partiellement (50%) en raison de la nécessité de porter des charges lourdes.

[...]

L'expert estime que l'assurée a retrouvé une pleine capacité depuis octobre 2007 (dernière appréciation médicale). Pour notre part, nous disons que l'exigibilité remonte au moins au 13.11.2006, date de l'examen au SMR, dans la mesure où la date retenue par le Dr R. \_\_\_\_\_ a été récusée par le Tribunal. »

Le 2 septembre 2009, l'OAI a rendu un projet d'acceptation de rente, annulant et remplaçant sa décision du 5 septembre 2007. Il a constaté que la capacité de travail de la recourante était considérablement restreinte depuis le 24 janvier 2005 (début du délai d'attente d'un an). Conformément au jugement rendu le 15 avril 2008 par le Tribunal des assurances, il a rappelé avoir procédé à un complément d'instruction sous la forme d'une expertise médicale confiée au Dr L. \_\_\_\_\_. Dans son rapport du 12 décembre 2008, celui-ci a conclu que la capacité de travail de la recourante était nulle dans les activités de livreuse de journaux et de conditionnement de produits médico-dentaires depuis le 24 janvier 2005, mais qu'elle était en revanche entière dès le mois d'octobre 2007 dans une profession respectueuse des limitations fonctionnelles décrites, y compris le conditionnement de produits dentaires à domicile. S'avisant que la recourante n'avait pas repris d'activité professionnelle, l'OAI s'est fondé sur les salaires statistiques de l'année 2006 pour calculer le taux d'invalidité. Il a retenu un revenu sans invalidité de 50'278 fr. après adaptation à la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises suisses en 2006. Comparé à un salaire d'invalidé de 45'249 fr. 90 - après abattement de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles -, la perte de gain était de 5'028 fr. 10, d'où un taux d'invalidité de 10%. L'OAI a ainsi accordé à la recourante le droit à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> janvier 2006, soit à l'échéance du délai d'attente d'une année. La capacité de travail de l'intéressée pouvant cependant être considérée comme entière tant dans une activité adaptée que dans celle consistant dans le conditionnement de produits médico-dentaires à domicile dès le 1<sup>er</sup> octobre 2007, la rente était supprimée avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2008, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé.

Le 5 février 2010, l'OAI a rendu une décision formelle allouant à la recourante une rente entière d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2006 au 31 décembre 2007. Sa motivation était identique en tous points à celle du préavis.

**E.** Par acte du 25 février 2010, Z.\_\_\_\_\_, alors représentée par Me Jean de Gautard, a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud d'un recours contre cette décision. Elle contestait pour l'essentiel l'appréciation du Dr L.\_\_\_\_\_.

La cause a été enregistrée sous la référence AI 81/10.

Dans le cadre de l'instruction du recours, le précédent magistrat instructeur a chargé en date du 26 octobre 2011 la Clinique G.\_\_\_\_\_ de procéder à l'expertise du poignet gauche et du pouce de la recourante. Dans leur rapport du 4 février 2013, les Drs D.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_, spécialistes en chirurgie plastique et reconstructive et chirurgie de la main, ont posé les diagnostics suivants: status après fracture de l'épiphyse distale du radius gauche et production intentionnelle ou simulation de symptômes ou d'une incapacité, soit physique, soit psychologique (Z 76.5 / F 68.1 [trouble factice]). Ils ont notamment relevé ce qui suit à propos de l'examen de la main gauche:

« (...)

Lorsque Mme Z.\_\_\_\_\_ est confrontée au fait qu'il y a une excellente évolution de l'examen clinique depuis celui effectué par le Dr L.\_\_\_\_\_ en 2008 alors qu'elle-même ne rapporte aucune amélioration dans sa vie quotidienne, la patiente répond qu'on "ne prend pas en compte ses douleurs et ses tiraillements dans le bras gauche". On lui demande d'expliquer comment la masse musculaire a pu être totalement maintenue au membre supérieur gauche sans que celui-ci soit utilisé, (objectivation de circonférences aux bras, avant-bras et main symétriques, voire meilleures qu'à droite). La patiente répond qu'elle "avait eu beaucoup de poils à la sortie du plâtre après 8 semaines d'immobilisation et qu'elle était très inquiète en raison de cette pilosité". Lorsqu'on lui mentionne que les prises de force sont très variables, lorsqu'on la stimule un peu ou lorsqu'elle ne voit plus le résultat de la mesure, Mme Z.\_\_\_\_\_ répond que c'est en raison des douleurs. Elle affirme qu'elle a toujours voulu travailler et que même quand elle était engagée chez

P. \_\_\_\_\_ elle était prête à travailler pour l'entreprise I. \_\_\_\_\_ qui lui avait proposé une place, mais l'accident est arrivé. Lorsqu'on a demandé à Mme Z. \_\_\_\_\_ si elle avait une explication à la persistance des douleurs, elle nous a répondu que "la scintigraphie avait bien montré une maladie de Sudeck". »

Les experts ont résumé en ces termes les discordances entre les déclarations de l'assurée et leurs observations cliniques:

« Le score extrêmement élevé du handicap perçu (77.5 sur 100 au score DASH [Disability of the Arm-Shoulder-Hand, réd.] et l'impossibilité d'effectuer aucune tâche à domicile contraste avec les amplitudes et la force presque symétrique trouvées aux deux membres supérieurs. Pour information, les patients souffrant d'une paralysie totale d'un membre supérieur après lésion du plexus brachial atteignent un DASH de 65 (Davidson J., Disability and Rehabilitation, 2004), voire de 35 (Lazerguer C., Thèse Médecine, Montpellier, 2002).

La non utilisation complète du membre supérieur gauche durant 7 ans contraste avec le maintien des valeurs de la circonférence au bras, à l'avant-bras et au poignet et à la main. La présence de signes d'une hyperkératose des pulpes témoigne d'une utilisation quotidienne.

La fluctuation importante durant l'examen de la mesure des amplitudes et de la force au membre supérieur gauche. Lorsque l'attention de Mme Z. \_\_\_\_\_ est portée ou lorsqu'elle est stimulée, les amplitudes deviennent normales par rapport au membre supérieur droit et les mesures de force augmentent significativement. Mme Z. \_\_\_\_\_ a fait preuve de fluctuation dans l'expression de sa douleur (mimiques faciales, expirations excessives et contractures des épaules), pour les mêmes tests demandés à différents moments durant l'examen.

**En conclusion:**

Les allégations d'impotence fonctionnelle de Mme Z. \_\_\_\_\_ ne sont pas crédibles. »

Les experts ont pour le surplus répondu en ces termes aux questions de l'assurée:

« 1. Mme Z. \_\_\_\_\_ est elle aujourd'hui capable d'exercer une activité lucrative avec son bras gauche?  
Oui.

2. Si oui, quel genre d'activité et à quel pourcentage?  
Des activités de type fort variées, y compris bimanuelles, et à 100% moyennant une période d'adaptation.

3. L'expertise du Dr M. \_\_\_\_\_ et la réponse du Dr M. \_\_\_\_\_ du 24 janvier 2011 au questionnaire du soussigné précise: « Je ne peux que confirmer qu'en effet, actuellement, la patiente n'est à mon avis pas en mesure d'utiliser son membre supérieur gauche pour une quelconque activité et ceci de manière définitive ». Pouvez-vous confirmer cette affirmation?  
Non

4. Si oui, pourquoi?  
-

5. Si non, pourquoi?

Cela découle de manière limpide et explicite de nos observations médicales, sans qu'il soit besoin de formuler d'autres arguments, ni avoir à « vulgariser » notre rapport qui nous semble compréhensible pour un non-médecin.

6. L'expertise du Dr L. \_\_\_\_\_ précise que Mme Z. \_\_\_\_\_ possède une pleine capacité dans l'activité de produits dentaires à domicile et à 50% en tant que tenancière d'une épicerie. Pensez-vous que l'expert, en répondant de telles fantaisies, demeure dans le cadre de sa mission ou est-ce qu'il en sort?

Ce n'est pas notre rôle de juger ici un confrère et ses rapports (confrère dont nous ne partageons d'ailleurs souvent ni la démarche ni les conclusions). Cela étant, les termes employés par Me de Gautard sont un peu surprenants.

En ce qui nous concerne, notre opinion repose uniquement sur l'interrogatoire de Mme Z. \_\_\_\_\_, nos propres observations et la consultation des pièces objectives du dossier.

7. L'expertise du Dr L. \_\_\_\_\_ pose la question de savoir si les éléments de l'attitude de Mme Z. \_\_\_\_\_ pourraient correspondre à une mise en scène. Il est expressément demandé de répondre à cette question.

Le terme de « mise en scène » n'est pas clairement défini ni circonscrit en termes médicaux (ou peut-être alors en psychiatrie, mais nous ne sommes pas psychiatres). Parlons de « simulation » peut-être, un terme plus usuel en médecine. Plus clairement, le comportement de la patiente en cours d'examen est amplement décrit plus haut. Ce qui nous semble clair en tout cas est le fait que Mme Z. \_\_\_\_\_ nous trompe (ou essaye du moins, de manière peu convaincante - et sans grande conviction ... - il faut le dire, face à des examinateurs tant soit peu expérimentés, différenciés et critiques dans leurs observations). Il ne s'agit pas par contre (à ce qu'il nous semble) d'une hystérie au sens psychiatrique du terme. Nous avons souhaité qu'un collègue psychiatre assiste à l'examen somatique, mais cela n'a pas été possible. La nature humaine est complexe, et les interactions entre psyché, soma et société parfois évidentes, et d'autres fois plus difficilement sondables. Il est pour nous clair que les allégations de Mme Z. \_\_\_\_\_ ne sont pas recevables mais il ne nous appartient pas de chercher à interpréter ce qu'il y aurait derrière.

8. Peut-on exiger une activité, quelle qu'elle soit, de la part de Mme Z. \_\_\_\_\_?

« Une activité » certainement, « quelle qu'elle soit » sans doute pas... mais tout de même un grand nombre d'activités bimanuelles sont à sa portée, si elle le veut bien.

*9. Est-il possible d'améliorer la capacité de travail, quelle que soit l'activité de Mme Z. \_\_\_\_\_?*

Oui mais cela dépend uniquement de la patiente (et éventuellement de son entourage). »

Statuant par arrêt du 26 février 2014 (AI 81/10 - 39/2014), la Cour de céans a rejeté le recours formé par l'assurée contre la décision du 5 février 2010. En bref, elle a considéré, sur la base de l'expertise de la Clinique G.\_\_\_\_\_, à laquelle elle a conféré une pleine valeur probante, que l'intéressée présentait une capacité de travail entière, sans diminution de rendement, dans toute activité réputée adaptée à ses limitations fonctionnelles, à compter du mois d'octobre 2007.

Par arrêt du 16 mai 2014 (9C\_249/2014), le Tribunal fédéral a déclaré irrecevable le recours formé par l'assurée contre cet arrêt, faute de contenir une motivation suffisante.

**F.** Le 31 juillet 2014, Z.\_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité. L'OAI l'a informée que sa demande serait traitée en application des dispositions relatives à la révision au sens des art. 17 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) et 87 ss RAI (règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201).

A l'appui de sa demande, l'assurée a produit un rapport du Dr M.\_\_\_\_\_ du 3 octobre 2014 destiné à son conseil actuel et libellé en ces termes :

« En réponse à votre courrier, je vous confirme que j'ai suivi la patiente à ma consultation ambulatoire depuis de nombreuses années.

La patiente présente actuellement des douleurs globales du membre supérieur G de type paresthésie avec fourmillements descendant jusque dans la main. Douleurs présentes de façon pratiquement continues, augmentées à la mobilisation du poignet et du coude.

La patiente est connue pour des cervico-brachialgies bilatérales dans le cadre d'une hernie discale C5-C6 pour laquelle elle est suivie par le Dr. W.\_\_\_\_\_.

En ce qui me concerne, je l'avais traitée pour un problème de Südeck, dans le cadre d'un status après fracture du poignet. La symptomatologie actuelle est à mon avis plus à mettre en relation avec les troubles cervicaux qu'avec un Südeck qui ne me paraît plus évident cliniquement.

Dans ce contexte, je vous proposerais de prendre des renseignements auprès du Dr W.\_\_\_\_\_ qui est plus à même que moi de donner son avis quant à une possibilité d'activité professionnelle dans le cadre des problèmes précités. »

Le 29 octobre 2014, l'assurée a fait parvenir à l'OAI deux autres pièces médicales.

La première, datée du 7 mai 2013 et rédigée par le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine nucléaire, faisait suite à une scintigraphie osseuse pratiquée la veille et se concluait comme suit :

« Cet examen démontre des signes d'algoneurodystrophie du membre supérieur gauche. Il démontre également une hyperfixation relativement intense sur les os du carpe de chaque côté ainsi que sur les métacarpiens des deux côtés. Les troubles dégénératifs sur les grosses articulations sont particulièrement importants pour l'âge de la patiente, ils prédominent sur les épaules et les genoux. Par ailleurs, hyperfixation sur les os du tarse à gauche ainsi que sur la malléole interne (status post traumatique ?). »

Quant à la seconde, datée du 1<sup>er</sup> juillet 2013, elle émanait de la Dresse A.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, et contenait les constatations suivantes sous l'intitulé « Evolution - discussion » :

« L'évolution sous traitement susmentionné [mobilisation active assistée de l'épaule, coude et poignet dans l'eau] n'a malheureusement pas été favorable. Au contraire, on a l'impression qu'à la fin de la prise en charge la patiente bouge encore moins son membre supérieur gauche, à cause de douleurs qui commencent dans la main et prennent le coude et également l'épaule. Lors de la consultation finale, il y a cette forte limitation par la douleur des mouvements avec une élévation de 60°, l'abudction de 30°, la rotation externe coude-au-corps de 0°.

Au niveau du coude, la flexion/extension est de 120/0/0°, la prosupination de 50/0/10°. Tous ces mouvements déclenchent de vives douleurs sur tout le membre supérieur. Au niveau du poignet, la flexion-extension est de 10/0/0°.

Tenant compte de cette évolution, nous ne prévoyons pas de poursuite de la physiothérapie. Mme Z. \_\_\_\_\_ elle-même ne souhaite pas la poursuivre vu qu'il n'y a pas d'évolution. »

Se prononçant par avis du 9 décembre 2014 sur les éléments médicaux produits par l'assurée dans le cadre de la procédure de révision, la Dresse E. \_\_\_\_\_, médecin au SMR, a considéré en particulier ce qui suit :

« Le 31 juillet 2014, c'est-à-dire 5 mois après le jugement du TCA, Mme Z. \_\_\_\_\_ dépose une deuxième demande en raison de douleurs globales du membre supérieur gauche de type paresthésie et fourmillements descendant jusque dans la main, comme décrit dans le rapport médical du Dr M. \_\_\_\_\_, orthopédiste, du 3 octobre 2014. Pas d'incapacité de travail attestée.

Ce spécialiste retient que les douleurs sont liées aux cervico-brachialgies bilatérales sur hernie discale C5-C6, pour laquelle l'assurée est suivie par le Dr W. \_\_\_\_\_ (anesthésiste du centre de la douleur).

Nous disposons aussi d'une scintigraphie osseuse du 7 mai 2013, qui fait état d'importants troubles dégénératifs des épaules et des genoux, et du rapport médical de la Dresse A. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, du 1<sup>er</sup> juillet 2013, qui décrit une évolution défavorable des douleurs au membre supérieur gauche malgré physiothérapie. Les mouvements de l'épaule, du coude et du poignet gauche sont très limités et déclenchent des vives douleurs.

### **Discussion**

Les douleurs au membre supérieur gauche sont connues depuis longtemps et ont été largement évalués dans les expertises de 2008 et 2011.

Pour ce qui concerne le diagnostic de cervico-brachialgies sur hernie discale C5-C6 posé par le Dr M. \_\_\_\_\_, nous ne disposons pas de status clinique exhaustif ni d'examen radiologique récent en appui, le spécialiste déclarant aussi ne pas suivre l'assurée pour cette pathologie.

Cette problématique était déjà prise en compte en 2008 par le Dr L. \_\_\_\_\_ et retenue sans effet sur la capacité de travail (status clinique, page 7-8, diagnostics page 11, appréciation page 14 « cervicalgies alléguées, imputables à une discopathie C5-C6 banale pour l'âge, et sans troubles neurologiques périphériques significatifs, le status objectif de ce segment étant rassurant »).

Les trouvailles para-cliniques (scintigraphie osseuse du 7 mai 2013) ne nous permettent pas de mettre en relation les douleurs ressenties par l'assurée avec le diagnostic posé par le Dr M. \_\_\_\_\_.

Le rapport médical de la Dresse A. \_\_\_\_\_ est très succinct et ne fait pas mention d'un cadre clinique compatible avec une hernie cervicale.

### **Conclusion**

Le Dr M. \_\_\_\_\_ ne retient plus la maladie de Südeck (malgré des stigmates paracliniques à la scintigraphie osseuse du 6 mai 2013) à l'origine des douleurs du membre supérieur gauche mais elles seraient plutôt liées à une hernie discale C5-C6.

Or, cette lésion était déjà connue et prise en considération lors des deux expertises de 2008 et 2013. Pour les raisons citées, nous retenons que les documents versés au dossier ne nous amènent pas des faits nouveaux justifiant une entrée en matière. »

Le 15 décembre 2014, l'OAI a informé l'assurée qu'il n'avait pas l'intention d'entrer en matière sur sa demande de prestations du 31 juillet 2014, au motif qu'elle n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la décision du 14 avril 2010 (recte : 5 février 2010). Il s'agissait uniquement d'une appréciation différente d'un même état de fait. Ce projet étant demeuré sans observation, l'OAI a rendu une décision formelle de refus d'entrer en matière datée du 9 février 2015.

**G.** Par acte du 9 mars 2015, Z. \_\_\_\_\_ a déféré cette décision devant la Cour de céans, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'administration « pour réétudier le cas ». A titre subsidiaire, elle demande l'octroi d'une rente AI à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008. Se prévalant des pièces produites en procédure de révision, la recourante fait valoir qu'en dépit de la multiplicité des traitements entrepris, son état de santé ne s'améliore pas. Elle soutient que ses douleurs au membre supérieur gauche perdurent et que ses atteintes psychiatriques et neurologiques « deviennent progressivement déterminantes ». Elle présenterait en outre un trouble somatoforme douloureux. Elle sollicite dès lors la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire aux fins d'évaluer l'interférence entre les aspects physiques et psychiques. Les experts devront également se prononcer sur la mise en valeur d'une éventuelle capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée sur un marché du travail équilibré. Elle a produit un lot de pièces figurant déjà au dossier administratif.

Dans sa réponse du 12 mai 2015, l'OAI rappelle les principes jurisprudentiels précisant à quelles conditions l'administration peut entrer en matière sur une nouvelle demande de prestations. Renvoyant pour le surplus à l'avis médical du 9 décembre 2014 dans lequel figurent les motifs ayant conduit le SMR à considérer que les documents versés au dossier ensuite de la demande de prestations du 31 juillet 2014 n'apportaient pas d'éléments nouveaux justifiant une entrée en matière, l'intimé propose le rejet du recours.

Le 22 juin 2015, la recourante a produit les pièces suivantes : un rapport de la Dresse T.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, du 1<sup>er</sup> juin 2015 ; un certificat médical du Dr M.\_\_\_\_\_ du 10 juin 2015 ainsi qu'un nouveau rapport de la Dresse T.\_\_\_\_\_ du 19 juin 2015.

Le 29 juin 2015, elle a déposé un nouveau rapport médical daté du 25 juin 2015, dû à la plume de la Dresse Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Par pli du 19 août 2015, l'OAI répète que, en présence d'une décision de refus d'entrer en matière, seuls les documents produits au moment de la notification de la décision peuvent entrer en ligne de compte. En l'occurrence, les pièces déposées en procédure judiciaire ne peuvent être prises en considération. Elles pourraient l'être à la rigueur dans le cadre d'une demande de prestations ultérieure. Toutefois, après un bref examen de leur contenu, il n'apparaît pas qu'elles contiennent d'éléments nouveaux par rapport à la décision du 5 février 2010, de sorte que l'intimé propose derechef le rejet du recours et le maintien de la décision entreprise.

Cette lettre a été transmise pour information à la recourante, qui n'a pas procédé plus avant.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) qui prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

**c)** Interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

**2.** Le litige porte sur le bien-fondé du refus opposé par l'OAI à l'assurée d'entrer en matière sur sa demande de prestations du 31 juillet 2014, signifié par décision du 9 février 2015. En présence d'une révision au sens de l'art. 17 LPGA avec refus d'entrée en matière, l'objet du litige se résume à déterminer si, dans ses démarches auprès de l'intimé à partir du 31 juillet 2014, la recourante a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis la décision du 5 février 2010, supprimant le droit aux prestations au 31 décembre 2007.

**3.** Selon l'art. 87 al. 2 RAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impuissance ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré

s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 3 RAI (également dans sa teneur au 1<sup>er</sup> janvier 2012) prévoit que lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies.

Ces dispositions correspondent aux alinéas 3 et 4 de l'art. 87 RAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011. Les exigences qui y sont posées doivent permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (cf. 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). 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 (cf. ATF 117 V 198 consid. 3a ; cf. 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. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (cf. ATF 109 V 108 consid. 2b ; cf. TF [Tribunal fédéral] 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2).

Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPG),

ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 2 RAI (jusqu'au 31 décembre 2011 : art. 87 al. 3 RAI ; cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003) - qui permet aux organes de l'AI 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. 2 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] ; cf. ATF 124 II 265 consid. 4a). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité 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 (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; cf. TF 9C\_789/2012 précité consid. 2.3 et 9C\_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 ; cf. TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2).

Il découle de ce qui précède que, dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, l'examen du juge 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 (cf. TF 9C\_959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3). Partant, les rapports médicaux produits ultérieurement au prononcé de la décision administrative ne peuvent être pris en considération dans un litige de ce genre (cf. TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1 et les références citées).

**4.** D'emblée, il y a lieu de préciser que, conformément à cette dernière jurisprudence, les rapports médicaux de la Dresse T.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> et 19 juin 2015, de la Dresse Q.\_\_\_\_\_ du 25 juin 2015 ainsi que le certificat médical du Dr M.\_\_\_\_\_ du 10 juin 2015 ne sauraient être pris en considération pour examiner l'existence d'une aggravation de l'état de santé telle qu'alléguée par la recourante. Postérieurs à la date de la décision dont est recours, ils sont donc purement et simplement irrecevables au vu de l'objet du litige.

A l'appui de sa demande de révision, la recourante a produit un rapport du Dr M.\_\_\_\_\_ du 3 octobre 2014, dont il ressort notamment qu'elle présente des douleurs au membre supérieur gauche. Or, l'existence de telles douleurs est déjà rapportée dans la précédente procédure (cf. rapport d'expertise du 12 décembre 2008 du Dr L.\_\_\_\_\_, p. 6 et rapport d'expertise de la Clinique G.\_\_\_\_\_ du 4 février 2013, p. 4). Ni les précédents experts, ni le Dr M.\_\_\_\_\_ n'objectivent les douleurs (cf. en particulier le rapport d'expertise du Dr L.\_\_\_\_\_, pp. 12-13). On rappellera dans ce contexte le diagnostic de « production intentionnelle ou simulation de symptômes ou d'une incapacité, soit physique, soit psychologique [trouble factice] » posé par les Drs D.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ en relation avec les discordances entre les déclarations de l'assurée et le résultat des observations cliniques. De son côté, le Dr L.\_\_\_\_\_ se déclarait songeur en présence d'un tableau objectif plutôt rassurant, alors que le tableau subjectif se révélait mauvais (rapport d'expertise du 12 décembre 2008, p. 12). Les limitations de la mobilité du membre supérieur gauche rapportées par la Dresse A.\_\_\_\_\_ sont également motivées par les douleurs, lesquelles, déjà connues, ne sont pas objectivées non plus.

Dans son rapport du 3 octobre 2014, le Dr M.\_\_\_\_\_ évoque des cervico-brachialgies bilatérales dans le cadre d'une hernie discale. A lire le rapport d'expertise du Dr L.\_\_\_\_\_, ces affections avaient toutefois déjà été mises en évidence (cf. rapport du 12 décembre 2008, p. 6). Au reste, le Dr M.\_\_\_\_\_ ne documente pas une quelconque aggravation de ce type d'atteintes.

S'agissant des conclusions de la scintigraphie osseuse, on observera en premier lieu que, quand bien même elles datent du 7 mai 2013, elles n'ont depuis lors pas été assorties de la moindre appréciation d'un spécialiste en orthopédie, rhumatologie ou chirurgie de la main évocatrice d'une modification de l'état de santé légitimant une entrée en matière, respectivement des limitations fonctionnelles accrues. Sur le fond, on objectera que la scintigraphie du 12 juillet 2005 laissait déjà apparaître un état algo-neuro-dystrophique (sous la forme d'un syndrome de Südeck), qualifié de limité par le Dr L. \_\_\_\_\_ le 12 décembre 2008, avec la précision que cet état ne présente pas de séquelle objective significative (cf. rapport d'expertise, p. 12). Il en va de même pour les experts de la Clinique G. \_\_\_\_\_ qui mentionnent en page 5 de leur rapport qu'il n'y a pas de signe radiologique d'une maladie de Südeck active.

Quant aux troubles dégénératifs des épaules et des genoux, leur existence est la norme à l'âge de l'assurée (cf. compte-rendu de la scintigraphie osseuse du 7 mai 2013) et celle-ci ne rend pas vraisemblable que, dans son cas, ils constitueraient une atteinte à la santé invalidante (cf. aussi le rapport d'expertise du 12 décembre 2008 du Dr L. \_\_\_\_\_, p. 14, s'agissant de la discopathie C5-C6).

Enfin, aucun trouble somatoforme douloureux, dont l'existence est alléguée dans le recours, n'est évoqué ou diagnostiqué dans le cadre des pièces médicales produites dans la procédure de révision.

Dès lors que la recourante n'a pas établi de façon plausible une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision supprimant le droit aux prestations entrée en force, c'est à bon droit que l'office intimé a conclu que les conditions de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI n'étaient pas réalisées et a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations AI déposée le 31 juillet 2014.

**5.** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée.

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

**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. 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 1'000 fr. (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et 4 al. 2 TFJDA [Tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]). Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent en l'espèce être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Vu l'issue du litige, la recourante ne peut prétendre de dépens (art. 61 let. g LPGA et 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 9 février 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de Z.\_\_\_\_\_.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Cabinet de conseil Asllan Karaj (pour Z. \_\_\_\_\_),
- 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 :