

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 novembre 2017

Composition : Mme PASCHE, présidente
M. Métral et M. Monod, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A. _____, à [...] (FR), recourante, représentée par Me Maud Fragnière,
avocate à Lausanne,

et

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

Art. 6ss, 17, 43 et 44 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 40 al. 3, 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. A. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est au bénéfice d'une formation de cuisinière sans certification professionnelle reconnue. Elle a occupé divers emplois temporaires depuis 2006 dont un poste de femme de ménage durant deux semaines en mars 2009. Elle bénéficie du revenu d'insertion (RI) depuis septembre 2008. Le 22 juin 2009, le Centre social régional (CSR) [...] l'a annoncée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) pour une détection précoce, en faisant état d'une incapacité de travail de 50% depuis le 23 mai 2009 en raison de lombalgies.

Le 15 juillet 2009, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, en indiquant être atteinte de lombalgies chroniques depuis 2001.

Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAI a recueilli des renseignements médicaux auprès du médecin traitant de l'assurée, le Dr S. _____, spécialiste en médecine interne. Dans son rapport du 24 juillet 2009, ce médecin a diagnostiqué des lombalgies aiguës sur fond chronique avec discopathies L3-L4 / L4-L5 et a fait état d'une incapacité de travail de 50% depuis le 23 mai 2009 dans la profession de vendeuse. La capacité de travail de l'assurée était toutefois totale, dès le 1^{er} juillet 2009, dans une activité adaptée (sans ports répétés de charges de plus de cinq kilos, avec alternance de positions [assise / debout] au moins dix fois par heure et sans ports de charges même minimales en porte-à-faux). Pour le Dr S. _____, le pronostic restait mitigé en présence de lombalgies à répétition traitées par Olfen® et Dafalgan® en réserve.

Lors d'une entrevue du 5 mars 2010 avec le gestionnaire en charge de son dossier à l'OAI, l'assurée a indiqué avoir fait une tentative de suicide le 14 février 2010 avec une hospitalisation au Centre de Psychiatrie du [...] ([...]), à [...].

Dans un rapport du 27 avril 2010, le Dr S._____ a ajouté le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de trouble de l'humeur en investigation et a estimé que l'incapacité de travail était totale du 27 janvier au 30 avril 2010. Il a pour le surplus renvoyé l'OAI à ses confrères de l'[...] ([...]) de [...] s'agissant d'éventuelles limitations psychiatriques.

Dans un rapport du 25 janvier 2011, le Dr M._____, médecin auprès du Service médical régional (SMR) de l'assurance-invalidité, a retenu des lombalgies chroniques (M54.5), un trouble émotionnellement labile, type borderline, ainsi qu'un conflit de couple - difficultés avec le partenaire. Selon le médecin du SMR, compte tenu de la résolution rapide de l'état dépressif réactionnel au début 2010 et en l'absence d'atteintes somatiques invalidantes, la capacité de travail de l'assurée était de 100% dans toute activité adaptée (à savoir : sans ports répétitifs de charges supérieures à cinq kilos ni ports de charges en porte-à-faux), dès le 1^{er} mai 2010.

Après avoir pris connaissance d'un rapport adressé le 7 février 2011 à l'OAI par la Dresse E._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, laquelle a posé les diagnostics de troubles mixte de la personnalité avec traits immatures, dépendants et borderline (F61.0), et de cyclothymie (F34.0, avec celui différentiel de trouble bipolaire ou éventuellement schizo-affectif) ainsi que de lombalgies anamnestiques (scoliose et sciatique), le Dr M._____ a maintenu les conclusions de son rapport du 25 janvier 2011 (avis médical SMR du 2 mars 2011).

L'OAI a, par décision du 10 mai 2011, refusé le droit à la rente, au motif qu'une pleine capacité de travail, sous réserve de la prise en compte d'un abattement de 10% en raison des limitations fonctionnelles, était exigible de la part de l'assurée dans une activité adaptée. Le degré d'invalidité était de 10%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

B. Le 17 avril 2014, l'assurée, alors domiciliée à [...], a déposé une nouvelle demande de prestations AI pour adultes, en indiquant

souffrir, depuis 2001, de discopathies sévères, de vertiges et pertes d'équilibre ainsi que de fortes douleurs dans les jambes avec des raideurs musculaires. Elle a joint un rapport du 3 avril 2014 de la Dresse K._____, spécialiste en anesthésiologie et traitement interventionnel de la douleur, qui y posait le diagnostic de douleurs lombaires chroniques et invalidantes avec l'indication d'une prise en charge en ergothérapie.

Dans son rapport à l'OAI du 6 mai 2014, le Dr S._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombo-pseudo-sciatalgies chroniques sur discopathies érosives pluri-étagées et de névralgie sacrée incessante du nerf clunial moyen III avec allodynie mécanique et débordement extra-territorial (stade IV de lésion axonale). La patiente bénéficiait d'un traitement alliant la prise de Paracétamol® (1g 4x/j.), de Demetrin® (10 mg en réserve), de Valium® (10 mg 1 le soir), de Citalopram® (20 mg 1 le soir), de Tramadol® (100 mg 20 gouttes en réserve) et de Lyrica® (300 mg 2x/j.) avec pour pronostic, un *statu quo* à long terme. L'état de santé de l'assurée impliquait la poursuite de la prise en charge en ergothérapie. Pour le Dr S._____, l'incapacité de travail de sa patiente était totale depuis le 7 août 2013 en raison de restrictions physiques (changement fréquent de position, port de charges limité à cinq kilos, besoin de repos à raison de deux heures par jour, etc.) qui entravaient l'exercice de la profession habituelle d'ouvrière. Sous réserve d'une amélioration à terme par la physiothérapie de reconditionnement, le Dr S._____ estimait qu'il était possible que l'assurée puisse retrouver une capacité de travail à 50% dans une activité adaptée, sans plus amples précisions. En annexe, le médecin traitant a transmis une liasse de pièces dont en particulier :

- un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) lombaire du 2 septembre 2013 du Dr I._____, radiologue, qui a conclu à une imagerie normale au vu de l'âge de l'assurée ;

- un consilium du 31 décembre 2013 du Dr Z._____, spécialiste en médecine interne, en rhumatologie et en ultrasonographie, qui a posé les diagnostics de lombo-pseudo-sciatalgie chronique sur discopathie érosive

pluri-étagée ainsi que de probable syndrome somatoforme douloureux surajouté et a exclu une spondylarthropathie ;

- un rapport du 28 janvier 2014 dans lequel le Dr H._____, spécialiste en neurologie, a posé le diagnostic de malaises avec pertes de connaissance / amnésie circonstancielle répétitifs le 14 janvier 2014 sans argument pour des crises épileptiques, à lecture des résultats d'un EEG (électro-encéphalogramme) sans signification pathologique ;

- un rapport de consultation psychiatrique du 28 janvier 2014 dont il ressort l'évaluation effectuée par la Dresse R._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, après un examen de l'assurée durant son hospitalisation au [...].

Par avis médical du 17 juin 2014, les Drs D._____ et Q._____, du SMR, ont estimé qu'au vu de la persistance de la symptomatologie douloureuse dorsolombaire depuis plus de cinq ans, de l'échec du traitement proposé dans un contexte psychologique fragile, avec séjours en milieu psychiatrique (2008 et 2010) et d'un état dépressif modéré (janvier 2014), il convenait de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique).

Dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire (de médecine interne, psychiatrique, rhumatologique et neurologique) mandatée par l'OAI, l'assurée a été convoquée auprès du Centre d'expertises médicales de la F._____ (F._____) à [...] les 25 novembre, 9, 10 et 16 décembre 2014. Elle y a été examinée par la Dresse C._____, spécialiste en médecine interne, par le Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, par le Dr P._____, spécialiste en rhumatologie, et par le Dr N._____, spécialiste en neurologie. Ces experts ont établi leur rapport le 27 janvier 2015 après une discussion dans le cadre d'un colloque de synthèse multidisciplinaire le 13 janvier 2015. Sur l'axe psychiatrique, le Dr J._____ a posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de trouble mixte de la personnalité avec des comportements immatures, émotionnellement labile et des traits schizotypiques (F61.0) et

de trouble somatoforme indifférencié (F45.1) chez une expertisée présentant probablement un fonctionnement intellectuel limite.

Dans le cadre de son expertise rhumatologique, le Dr P._____ a diagnostiqué des cervico-dorso-lombalgies chroniques, non spécifiques. L'examen clinique n'était pas contributif de sorte qu'il n'était pas mis en évidence d'affection rhumatologique sous forme de maladie avec lésion anatomique structurelle permettant d'objectiver une incapacité de travail comme vendeuse, voire aide cuisine, ni pour les activités ménagères. Seul le diagnostic différentiel de syndrome somatoforme douloureux, à confirmer par l'expert psychiatre, était évoqué.

Le Dr N._____ a complété l'examen clinique par un électroneuromyogramme, qui n'a pas mis en évidence de signes d'atteinte neurogène périphérique significatifs dans l'ensemble des muscles examinés au niveau des deux membres inférieurs ainsi que dans la musculature para-vertébrale lombaire. Sur le plan strictement neurologique, face à une assurée qui présentait des plaintes atypiques, l'expert a estimé qu'il n'y avait pas lieu de retenir une incapacité de travail quelconque. Pour l'expert, l'assurée disposait d'une capacité de travail de 100%, sans baisse de rendement ni limitations fonctionnelles, en toutes activités.

Au terme de leur synthèse, les experts ont estimé que sous réserve des périodes d'hospitalisation, l'assurée bénéficiait d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir : alternance des positions, pas de port de charges lourdes, pas de position avec le tronc fléchi en avant de manière prolongée sans pouvoir changer la position, difficultés relationnelles et résistance au stress diminuée.

Par décision du 4 mai 2016, l'OAI a rejeté la nouvelle demande de prestations. Retenant une exigibilité de 100% dans une

activité adaptée avec un abattement de 10%, l'office a retenu un degré d'invalidité de 10%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

C. Le 31 mai 2016, A._____, alors non assistée, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision de refus de rente du 4 mai 2016, en concluant implicitement à l'octroi de prestations. En substance, elle a contesté l'évaluation de sa capacité de travail, alléguant qu'aucune activité n'était raisonnablement exigible de sa part. L'instruction médicale devait ainsi selon elle être complétée par de nouveaux examens et une réévaluation de son état de santé global, dont elle alléguait la péjoration depuis 2014.

Dans sa réponse du 25 août 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée.

Par réplique du 18 novembre 2016, la recourante, désormais assistée, a maintenu que l'évaluation de sa capacité de travail par les experts de la F._____ était erronée. Elle a requis, à titre de mesures d'instruction, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire par le tribunal pour déterminer sa capacité de travail et a produit deux certificats de son nouveau médecin traitant, le Dr T._____, généraliste, des 3 octobre et 7 novembre 2016. Celui du 7 novembre 2016 est libellé comme suit :

“Certificat médical

Le médecin soussigné certifie que

Madame A._____, né(e) le [...]

Présente un tableau douloureux chronique lombaire essentiellement mal expliqué par les examens complémentaires et les différents avis spécialisés. Elle va être évaluée par le centre de la douleur pour avoir une quantification exacte du type de syndrome douloureux chronique qu'elle présente, le traitement à mettre en œuvre pour l'améliorer ainsi qu'une idée plus nette des limitations dans une éventuelle activité professionnelle future. Nous la réévaluerons à 3 mois.”

Dans sa duplique du 6 décembre 2016, l'OAI a derechef conclu au rejet du recours.

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, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (art. 1 al. 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 – comme c'est le cas en manière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). L'art. 40 al. 3 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) prévoit que l'office AI compétent lors de l'enregistrement de la demande le demeure durant toute la procédure.

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 de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et 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 devant le tribunal compétent (art. 60 al. 1 LPGA et 40 al. 3 RAI en corrélation avec l'art. 58 al. 1 LPGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA et 79 LPA-VD), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité à la suite de sa deuxième demande de prestations.

3. 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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins; un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins à une demi-rente, un taux de 60% au moins à trois quarts de rente, et un taux de 70% au moins à une rente entière (art. 28 LAI).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (cf. art. 7 al. 2 phr. 2 LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 127 V 294 consid. 4c *in fine* et 102 V 165 ; cf. VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères

d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

b) Aux termes de l'art. 87 al. 2 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité (cf. art. 8 LPGa), l'impotence (cf. art. 9 LPGa) ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 3 RAI 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 de l'al. 2 sont remplies.

Ces dispositions doivent permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3, 117 V 198 consid. 4b ; TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation et ne constitue pas un motif de révision (ATF 112 V 72 consid. 2b ; AVR 1996 IV no 70 p. 204 consid. 3a et les références ; MEYER-BLASER, *Rechtprechung des Bundesgerichts zum IVG*, p. 259).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit ainsi commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C_67/2009 précité consid. 1.2). Par contre, lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur la nouvelle demande après un précédent refus de prestations, selon l'art. 87 al. 3 RAI, 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 instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision entrée en force 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 71 consid. 3.2). Si l'administration constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (cf. TFA I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2). Selon la jurisprudence, tout changement important des circonstances, propre à influencer le taux d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. 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 et 130 V 343 consid. 3.5). 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).

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 et 114 V 310 consid. 3c ; Pratique VSI 2002 p. 64 ; TF 9C_58/2013 du 22 mai 2013 *loc. cit.*, I 312/2006 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

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^{er} octobre 2013 consid. 3.2, 9C_137/2013 du 22 juillet 2013 *loc. cit.*, 9C_66/2013 du 1^{er} juillet 2013 consid. 4 et 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.1).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale confiée par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'à celles d'une expertise judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances

spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références citées; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

4. Dans un arrêt récent publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées, dont fait notamment partie la fibromyalgie. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et a introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA, qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité).

La preuve d'un trouble somatoforme douloureux suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure 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, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (consid. 2.2 de l'arrêt cité, TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de 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. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (cf. également TF 8C_607/2015 du 3 février 2016 consid. 4.2.2).

Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si l'atteinte à la santé entraîne une incapacité de travail doit être examiné au travers d'une grille d'évaluation normative et structurée, à l'aide d'indicateurs objectifs plaidant en faveur ou en défaveur d'une incapacité de travail totale ou partielle (ATF 141 V 281 consid. 3 et 4). Le catalogue d'indicateurs doit être appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondre aux exigences spécifiques de celui-ci (consid. 4.1.1 de l'arrêt cité). Cette grille comprendra un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, ainsi qu'un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 4.3, 4.4 et référence citée).

Le Tribunal fédéral a précisé que ce changement de jurisprudence ne justifie pas en soi de retirer toute valeur probante aux expertises rendues à l'aune de l'ancienne jurisprudence. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies, le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux, permettent ou non une appréciation

concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (TAF C-1916/2015 du 31 mai 2016 et réf. cit.).

5. a) En l'occurrence, après être entré en matière sur la nouvelle demande, l'office intimé a estimé, sur le fond, que la modification de l'état de santé invoquée n'était pas susceptible d'ouvrir le droit à la rente. Se fondant sur l'expertise pluridisciplinaire du Centre d'expertises médicales de la F._____, l'OAI a retenu que la recourante disposait toujours d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à son état de santé. Après réduction du salaire statistique résultant des données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) pour tenir compte de ses limitations fonctionnelles, le degré d'invalidité de 10% de l'assurée était insuffisant pour lui ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

La recourante conteste ce point de vue. Elle soutient que l'évaluation de sa capacité de travail médico-théorique est erronée, alléguant une péjoration de son état de santé global depuis 2014. En raison de la persistance de ses maux et en particulier de ses douleurs, elle explique ne plus être en mesure de reprendre l'exercice d'une activité professionnelle quelle qu'elle soit.

b) Sur les plans de la médecine interne, rhumatologique et neurologique, les experts de la F._____ ont posé le diagnostic sans effet sur la capacité de travail de cervico-dorso-lombalgies chroniques sur discopathies pluri-étagées (M54.80). En présence d'une assurée souffrant de lombalgies chroniques sur discopathies L3-L4 / L4-L5 depuis de nombreuses années (cf. rapport du 24 juillet 2009 du Dr S._____), l'examen clinique de la Dresse C._____ a mis en évidence une bonne mobilité cervico-dorso-lombaire avec l'absence de contractures de la musculature para-vertébrale. Ces constatations sont corroborées par un électroneuromyogramme (ENMG) du 16 décembre 2014 lors duquel le Dr N._____ a conclu à l'absence de signes d'atteinte neurogène périphérique significatifs dans l'ensemble des muscles examinés au niveau des deux membres inférieurs ainsi que dans la musculature para-vertébrale lombaire. Retenant un examen qui n'était pas contributif, le Dr

P._____ n'a pour sa part pas mis en évidence d'affection rhumatologique sous forme de maladie avec lésion anatomique structurelle susceptible de justifier une incapacité de travail de l'assurée en tant que vendeuse, voire aide de cuisine, ni pour les activités ménagères. A ces égards, les experts de la F._____ rejoignent l'analyse du Dr M._____ qui, lors de son examen du 25 janvier 2011, n'avait pas attribué de caractère incapacitant aux lombalgies chroniques de l'assurée. Les rapports postérieurs à l'expertise n'apportent aucun élément de nature à mettre en doute les constats précités. Le Dr T._____ ne mentionne en particulier aucun nouveau diagnostic somatique contraire dont les experts de la F._____ n'auraient pas eu connaissance lors de leurs examens et qui serait propre à mettre sérieusement en doute la pertinence de leurs déductions. Sur le plan somatique, il est ainsi établi que depuis la décision de refus de rente du 10 mai 2011, les cervico-dorso-lombalgies chroniques sur discopathies pluri-étagées affectant la recourante n'impactent pas sa capacité de travail, et que celle-ci est toujours entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (à savoir : alternance des positions, pas de port de charges lourdes et pas de position avec le tronc fléchi en avant de manière prolongée sans pouvoir changer la position). Ainsi, l'importance des lombalgies chroniques dont se plaint la recourante à l'appui de sa nouvelle demande n'est pas corrélée à un substrat organique objectivable. Quant à ses autres plaintes, à savoir des vertiges, des maux de tête et des pertes d'équilibre, l'examen clinique neurologique, complété par un ENMG n'ont pas démontré de pathologies neurologiques clairement identifiables, le bilan n'ayant pas fait la preuve d'une affection neurologique à l'origine des plaintes formulées par l'intéressée. En présence d'une assurée fragile au plan émotionnel (avec un état dépressif chronique moyen en rémission mentionné par le Dr S._____ et une perte de connaissance d'origine indéterminée avec une hospitalisation à la mi-janvier 2014 au [...]), aussi bien les spécialistes de la F._____ (rapport d'expertise pluridisciplinaire du 27 janvier 2015, p. 24) que le Dr T._____ (certificats des 3 octobre et 7 novembre 2016) ont évoqué une composante dissociative en raison de douleurs non expliquées entièrement par les constatations objectives somatiques (rhumatologiques ou neurologiques). Dans ce contexte, le Dr J._____ a posé les diagnostics non incapacitants de trouble mixte de la

personnalité avec des composantes immatures, émotionnellement labiles et des traits schizotypiques (F61.0), de trouble somatoforme douloureux (F45.1) et de probable fonctionnement intellectuel limite.

Toutefois les médecins de la F._____, et en particulier le Dr J._____, n'ont pas établi leur expertise en se référant aux critères posés par le Tribunal fédéral dans l'ATF 141 V 281. On ne peut toutefois leur en faire le reproche, dans la mesure où cet arrêt date du 3 juin 2015, et qu'ils ont établi leur rapport d'expertise le 27 janvier 2015. Sur le plan du droit intertemporel, il y a lieu de procéder par analogie avec l'ATF 137 V 210 (qui concerne les exigences requises dans un Etat de droit en matière d'expertises médicales). Selon cet arrêt, les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdent pas d'emblée toute valeur probante. Il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral (ATF précité consid. 6 *in initio*). Ces considérations peuvent être appliquées par analogie aux nouvelles exigences de preuve en ce sens qu'il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8).

En l'occurrence, dans son évaluation, le Dr J._____ a analysé les critères jurisprudentiels antérieurs à l'ATF 141 V 281 liés au trouble somatoforme douloureux diagnostiqué. Il a ainsi en particulier relevé que si l'on se trouvait en présence d'une évolution qui s'étendait sur plusieurs années sans réelle rémission, il s'agissait toutefois avant tout de plaintes du registre somatique, la composante psychiatrique n'étant pas chroniquement décompensée durant les dernières années. L'expert J._____ a également constaté, en se fondant sur les anciens critères d'examen du trouble somatoforme, que l'on ne pouvait pas non plus

conclure formellement dans le sens de l'échec des traitements menés dans les règles de l'art, et qu'il n'était pas possible de retenir formellement la présence d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie.

Il résulte de ce qui précède que le Dr J._____ a motivé sa position à l'aune des anciens critères posés par la jurisprudence relative au trouble somatoforme douloureux, qui résultaient des ATF 130 V 352, 131 V 49 et 132 V 65. Or les éléments ayant trait au volet psychiatrique de l'expertise pluridisciplinaire de la F._____ - par ailleurs probante aux plans de médecine interne, rhumatologique et neurologique -, de même que les éléments figurant au dossier, ne permettent pas une appréciation concluante du cas d'espèce à l'aune des nouveaux indicateurs posés par le Tribunal fédéral à l'ATF 141 V 281.

Dès lors, en l'absence d'appréciation médicale exhaustive permettant de se prononcer en connaissance de cause, l'instruction doit être complétée afin que l'éventuel caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux présenté par la recourante puisse être examiné au regard des nouveaux principes applicables en matière de syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à l'office intimé, autorité à qui il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPG), afin qu'il mette en œuvre un complément d'expertise psychiatrique répondant aux exigences de l'art. 44 LPG auprès du Dr J._____ du Centre d'expertises médicales de la F._____.

6. Sous réserve du volet psychiatrique, le dossier est complet et permet à la Cour de statuer en connaissance de cause, de sorte que la requête de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire doit être rejetée (appréciation anticipée des preuves, ATF 134 I 140).

7. a) Le recours doit dès lors être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

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. (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé, qui succombe.

c) La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 1'500 fr. à la charge de l'intimé, cette somme couvrant au demeurant celle qui aurait été allouée au titre de l'assistance judiciaire.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 4 mai 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire au sens des considérants, puis nouvelle décision.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera une indemnité de dépens de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à A._____.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Maud Fragnière (pour A._____),
- 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 :