

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 juillet 2018

Composition : M. MÉTRAL, président
 M. Piguet, juge, et Mme Pelletier, assesseuse
Greffière : Mme Pellaton

Cause pendante entre :

V._____, à [...], recourante, représentée par ASSUAS, Association Suisse des Assurés, à Genève,

et

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

Art. 17 al. 2 LPGA ; art. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. **a)** V._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1967, sans formation, a effectué dès 2003 des nettoyages dans différentes entreprises pour un taux d'activité de 25 % environ. Elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 25 septembre 2009 en raison d'une atteinte au bras gauche.

Une imagerie par résonance magnétique (IRM), pratiquée le 22 avril 2009, a permis de constater une tendinopathie modérée et enthésopathie distale du sus-épineux sans signe de déchirure, ainsi qu'une bursite sous-acromio-deltoïdienne.

Dans un rapport médical du 26 juin 2009, le Dr S._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a posé le diagnostic de capsulite rétractile de l'épaule gauche avec schéma capsulaire sévère. Le 17 août 2009, le Dr G._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a repris ce diagnostic, en précisant que les douleurs de l'épaule existaient depuis mi-février 2009, dans un contexte de surcharge professionnelle. L'assurée était complètement incapable de travailler dans son activité habituelle depuis le 20 mars 2009.

Interrogé par l'OAI, le Dr S._____ a précisé, le 5 octobre 2009, que l'important schéma capsulaire qui persistait diminuait progressivement. Les douleurs actuelles étaient essentiellement mécaniques mais empêchaient toute activité professionnelle notamment comme nettoyeuse. Le pronostic lui paraissait favorable.

Le 12 octobre 2009, l'assurée a précisé qu'en bonne santé elle travaillerait à 50 %.

L'OAI a pris en charge les frais d'un cours de français du 10 novembre 2009 au 25 mars 2010, afin de rendre l'assurée plus autonome dans sa recherche d'un emploi.

Dans un rapport médical du 12 janvier 2010, le Dr S. _____ rapportait que l'assurée présentait des douleurs mixtes en relation avec sa pathologie, mais également à un point de départ cervical irradiant jusque dans la main, notamment le pouce et l'index. Les douleurs demeuraient tolérables et sa patiente se contentait d'applications locales d'anti-inflammatoires topiques.

Il ressort d'une IRM du 23 août 2010 que l'assurée présentait une hernie discale en C4-C5, C5-C6 et C6-C7 à composante médiane à paramédiane.

L'OAI a mis en œuvre un examen clinique orthopédique au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), lequel a été réalisé par le Dr L. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Ce médecin a retenu, dans son rapport du 4 novembre 2010, les diagnostics avec répercussions durables sur la capacité de travail de cervico-brachialgies à gauche, de capsulite rétractile de l'épaule gauche, avec tendinite du sus-épineux, et de hernie cervicale C4-C5, C5-C6 et C6-C7. Il observait de plus que l'assurée se plaignait depuis trois semaines de douleurs du membre inférieur gauche, dont l'examen ne permettait pas d'établir l'origine. L'atteinte de l'épaule gauche entraînait une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle. Depuis le 20 mars 2009, l'assurée pouvait exercer une activité adaptée à plein temps, soit en épargnant le membre supérieur gauche. La main et l'avant-bras ne pouvaient être utilisés que pour des gestes d'appoint.

Le 19 avril 2011, l'OAI a accordé à la recourante une aide au placement.

Dans un rapport médical du 1^{er} septembre 2011, le Dr S. _____ a observé que la mobilité du membre supérieur gauche s'était

nettement améliorée. La persistance de douleurs résiduelles des deux épaules était à craindre, compte tenu de la composante cervicale surajoutée. Quant aux lombosciatalgies, elles demeuraient finalement au second plan et ne nécessitaient pas à son sens d'investigations supplémentaires. Un emploi d'ouvrière sur des petites pièces pouvait être envisagé d'ici quelque mois, si l'évolution de la mobilité continuait d'être favorable.

Afin de déterminer le degré d'invalidité de l'assurée dans la tenue du ménage, l'OAI a mis en œuvre une enquête économique à domicile, dont le rapport, du 12 septembre 2011, indique une invalidité de 31 %.

Le 15 novembre 2011, l'OAI a rendu une décision de refus de rente, l'assurée présentant un degré d'invalidité pondéré de 15.5 %. Le revenu sans invalidité a été calculé sur la base des données fournies par l'ancien employeur et s'élevait à 19'565 fr. par année pour une activité à 50 %. L'OAI a déterminé le revenu avec invalidité sur la base des données ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires, plus particulièrement le salaire auquel pouvaient prétendre les femmes exerçant une activité simple et répétitive dans le secteur privé, soit 26'286 fr. pour une activité à mi-temps en 2009 (cf. feuille de calcul interne de l'OAI du 30 mars 2011).

b) L'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations le 10 décembre 2013, en raison des douleurs chroniques au bras gauche. Elle n'avait pas repris d'activité professionnelle.

Par courrier du 12 décembre 2013, l'OAI a informé l'assurée du terme mis à la mesure d'aide au placement au motif qu'elle n'avait jamais retourné les documents demandés.

Par certificat du 18 décembre 2013, le Dr G._____ a à nouveau attesté l'incapacité de travail totale de l'assurée depuis le 20 mars 2009.

Dans son rapport médical du 10 janvier 2014 adressé à l'OAI, le Dr G._____ mentionnait les diagnostics de cervico-scapulo-brachialgies gauches rebelles, sans participation neurologique, sur discopathies cervicales (IRM cervicale du 4 avril 2013), avec névralgies brachiales incessantes, de status après capsulite rétractile de l'épaule gauche en 2009, de lombosciatalgies gauche sur discopathies L4-L5 mais surtout L5-S1 (IRM lombaire 20 janvier 2011), de status après césarienne en janvier 1999, de status après 3 abortus, de status après hypovitaminose B12 (2011) et de status après malaise avec perte de connaissance dans le cadre d'un possible épisode dissociatif le 27 mars 2012. La dernière évaluation rhumatologique spécialisée avait eu lieu le 8 octobre 2012 chez le Dr D._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, ainsi qu'en rhumatologie. Comme proposé par ce médecin, une infiltration intra-articulaire de l'épaule gauche avait été effectuée le 23 janvier 2013, sans résultat significatif. Etant donné la persistance des cervico-brachialgies, une nouvelle IRM avait été effectuée le 4 avril 2013, qui mettait en évidence plusieurs discopathies, toutefois sans conflit disco-ostéo-radriculaire démontré. Un consilium neurologique avait été organisé le 29 avril 2013 chez le Dr Q._____, spécialiste en neurologie, qui n'avait révélé aucun déficit neurologique compatible avec une atteinte radriculaire. Finalement, une consultation dans le service d'antalgie [...] avait été organisée en août 2013, qui avait mis en évidence des douleurs chroniques au niveau scapulaire gauche, avec prescription subséquente d'une rééducation sensitive. Selon le Dr G._____, la situation s'était globalement aggravée et correspondait actuellement à un degré d'incapacité de travail de 100 %, avec pronostic ultérieur réservé.

Dans son rapport du 11 octobre 2012, le Dr D._____ observait notamment une patiente en bon état général. La marche s'effectuait sans boiterie. Au niveau cervical, elle présentait une légère limitation fonctionnelle en latéro-flexion ainsi qu'en rotation sur extension. Il relevait des douleurs palpatoires de C4 à C7 sur les espaces inter-épineux et surtout para-vertébral gauche, des douleurs occipitales gauche et un syndrome de l'angulaire de l'omoplate gauche. L'épaule gauche

montrait une légère limitation fonctionnelle dans tous les plans avec une douleur diffuse à toute mobilisation. Il notait l'absence de signe radiculaire périphérique. Au niveau lombaire, l'assurée présentait une légère limitation en latéro-flexion. La palpation était douloureuse de L3 à S1 sur les espaces inter-épineux et para-vertébral gauche. Le Dr D._____ observait une tendinose en chaîne sur la crête iliaque gauche, une périarthropathie de la hanche gauche sans signe de limitation fonctionnelle coxo-fémorale, des douleurs le long de la cuisse gauche et de la région de la cheville latérale, un status articulaire périphérique sans particularité au niveau des mains et des pieds, un lasègue et rétro-lasègue négatifs et des réflexes rotuliens et achilléens conservés. Il ne retrouvait pas de déficit radiculaire périphérique et la symptomatologie au niveau de l'épaule gauche lui semblait réactive dans le cadre d'une tendinopathie diffuse. Une légère ankylose était présente, mais il ne pensait pas que l'on puisse parler d'épaule gelée. Il voyait difficilement l'assurée effectuer un travail physique exigeant. Un travail léger était théoriquement possible.

Dans son rapport du 29 avril 2013, le Dr Q._____ observait notamment ce qui suit :

« [...] En synthèse le présent bilan électroclinique - et je rejoins sur ce point tout à fait le Dr D._____ qui le relève déjà dans son rapport - ne met en évidence aucun signe de souffrance neurologique et notamment pas de syndrome radiculaire caractérisé. Je suggère dès lors, de nous interroger, pour tenter d'expliquer ce syndrome douloureux rebelle, par rapport à diverses conditions qui viendraient compliquer une PSH [périarthrite scapulo-humérale], comme par exemple un syndrome épaule-main voire éventuellement une fibromyalgie surajoutée. Dès lors et dans la mesure où le traitement ambulatoire pourtant bien conduit n'a guère soulagé la patiente qui reste en incapacité de travail de longue durée, je te suggère de discuter avec son rhumatologue l'intérêt des tentatives d'intensification du traitement conservateur que j'ai esquissé ci-dessus. [...] »

Par avis médical du 29 janvier 2014, le Dr Z._____, médecin au SMR, a relevé que l'atteinte à l'épaule gauche ne semblait pas avoir varié. Le malaise survenu le 27 mars 2012 ne semblait pas s'être répété. Aucune aggravation n'était plausible selon lui.

Le 29 janvier 2014, l'OAI a rendu un projet de décision dans le sens d'un refus d'entrer en matière, auquel l'assurée s'est opposé le 13 février 2014.

Dans un rapport médical du 17 mars 2014, la N._____, spécialiste en anesthésiologie mentionnait le diagnostic de névralgie brachiale incessante de la branche supérieure du nerf cutané latéral du bras gauche avec allodynie mécanique et débordement extra-territorial (Stade IV de lésions axonales) et de discopathies cervicales connues. La patiente souffrait de douleurs chroniques malgré un traitement médicamenteux bien suivi. Elle suivait également un traitement au centre de rééducation sensitive. Cette thérapie soulageait la patiente, qui ne devait toutefois pas solliciter son bras. Une reprise du travail était donc impossible pour l'instant. Pour cette raison, la Dresse N._____ demandait à l'OAI d'attendre six mois avant de statuer, temps nécessaire pour que l'assurée puisse récupérer une partie de sa mobilité. Dans un rapport du 9 décembre 2014, la Dresse N._____ a observé que l'état de santé de sa patiente était stable. Le traitement au centre de rééducation sensitive était terminé et la situation ne pouvait plus être améliorée. La patiente n'avait pas pu récupérer la mobilité de son bras gauche. Elle doutait qu'une reprise du travail soit possible, mais une évaluation plus concrète était peut-être nécessaire. Les limitations fonctionnelles comprenaient les mouvements avec le bras gauche, les situations qui risquaient de toucher le bras gauche, le fait de rester trop longtemps dans la même position et le port de charges.

Dans un rapport du 5 septembre 2014, le Dr G._____ attestait toujours une incapacité entière de travail dans l'activité habituelle, tandis qu'elle était indéterminée dans une activité adaptée.

Au vu des renseignements recueillis, l'OAI a estimé nécessaire la mise en œuvre d'un examen rhumatologique au SMR, effectué le 10 mars 2015 par le Dr H._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation. Dans son rapport, du 12 mai 2015, il a retenu le diagnostic avec répercussions sur la capacité de travail de cervicobrachialgies

gauches non déficitaire, dans un contexte de discopathies étagées et hernie discale C5-C6 et les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de composante de fond de type fibromyalgique, de status post capsulite rétractile de l'épaule gauche, d'obésité de classe I et de surcharge du muscle pyramidal gauche. Son appréciation du cas était la suivante :

« [...] L'assurée décrit des douleurs diffuses du côté G [gauche], sans distribution anatomique et s'étant étendues par rapport aux consultations à disposition dans le dossier. L'assurée annonce que les douleurs prennent la moitié du corps à G ou encore, que les douleurs partent depuis la nuque et irradient dans tout le bras G. Par rapport à une éventuelle hypersensibilité au toucher, le territoire décrit ne reflète pas le territoire du nerf cutané latéral du bras G : l'assurée explique qu'avec l'étoffe qu'on lui a procurée, elle se masse tout le bras, ainsi que le creux axillaire et le thorax. [...]

Les différents traitements réalisés, que ce soit par le Dr S._____, ancien rhumatologue, ou par la Dresse N._____, anesthésiste, n'ont pas amélioré les symptômes.

L'assurée ne répond pas à la question quand on lui demande si la mobilité de son bras G a évolué.

Elle arrive un peu à bouger, mais elle n'arrive pas à porter des casseroles par exemple.

Mme V._____ se décrit très limitée dans la tenue du ménage, elle ne peut pas passer l'aspirateur, pas changer les lits, elle n'arrive pas à nettoyer les vitres, elle fait parfois à manger, elle a ses 3 filles qui l'aident.

Mme V._____ ne mentionne pas de lombalgies, elle montre des douleurs de la fesse G, irradiant, dans une 1^{ère} version jusqu'aux orteils, puis à la face externe de la cheville.

[...]

L'examen neurologique exclut une atteinte radiculaire en relation avec d'éventuels troubles dégénératifs du rachis cervical ou lombaire. Il n'y a pas non plus de déficit sensitif ou d'allodynie sur le nerf cutané latéral du bras G. Il y a lieu de rappeler que, dans sa consultation du 29.04.2013, le Dr Q._____ ne retenait pas d'atteinte radiculaire ou tronculaire, il décrivait une hypodysésthésie tacto-algésique diffuse de tout le membre supérieur G, l'électro-neuromyographie complémentaire était normale. Le Dr Q._____ se posait la question, à savoir s'il y avait un syndrome épaule-main, voire éventuellement une fibromyalgie, qui pourrait expliquer le syndrome douloureux rebelle.

L'examen de ce jour, ainsi que l'examen du Dr D._____, exclut un syndrome épaule-main (algoneurodystrophie). Nous avons une évolution favorable de la capsulite rétractile, l'assurée ayant récupéré une mobilité complète et symétrique en rotation externe. La limitation de la mobilité en flexion et en abduction est à mettre en relation avec des contrepulsions. Le Dr L._____, dans son expertise du 7.10.2010, faisait remarquer que la musculature était conservée, ceci de façon incohérente avec l'épargne que présente l'assurée en situation d'expertise. La musculature à l'examen de ce jour est toujours symétrique, que ce soit au niveau des bras, des avant-bras, il n'y a pas non plus d'amyotrophie des muscles de la coiffe des rotateurs. Nous n'avons pas de tendinopathie spécifique, c'était également le cas dans la consultation de rhumatologie du 8.10.2012 du Dr D._____, qui décrivait des douleurs diffuses, à toute mobilisation et à tout testing effectué.

Par rapport à la 2^{ème} hypothèse du Dr Q._____, de fibromyalgie surajoutées, nous confirmons qu'il existe une composante de fond de type fibromyalgique, avec 8 points de Smythe positifs sur 18. Le ressenti douloureux marqué ressort également à la percussion des plages pulmonaires et à la recherche des réflexes ostéotendineux au membre supérieur G.

Au niveau du rachis, l'assurée a de légers troubles statiques sous forme d'une hypercyphose dorsale, d'un relâchement de la sangle abdominale, elle n'a pas d'attitude antalgique, que ce soit au niveau de la nuque ou au niveau lombaire. La mobilité mesurée du rachis cervical est limitée par des contrepulsions, dans toutes les directions ; cette mobilité n'est pas cohérente avec la gestuelle spontanée normale. La mobilité mesurée n'est pas non plus cohérente avec celle décrite dans le dossier.

Au niveau lombaire, la mobilité est complète, la mobilisation réveille des douleurs de l'épaule G.

[...]

L'assurée a des discopathies étagées, documentées par IRM depuis août 2010. La dernière IRM cervicale d'avril 2013 montre une péjoration de la hernie discale en C5-6, sans signe de compression radiculaire ou de myélopathie. Les discopathies visualisées n'expliquent pas les douleurs diffuses annoncées par l'assurée.

Limitations fonctionnelles

Rachis cervical : pas de travail prolongé avec les bras au-dessus de la tête, pas de rotations rapides de la nuque ou de mouvements prolongés la nuque [sic] en extension. Absence de port de charges répété au-delà de 5 kg (charges légères).

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

Une incapacité de travail totale a été reconnue dans l'activité habituelle d'employé d'entretien, par le Dr L._____ dans l'expertise du 7.10.2010, à dater le 20.03.2009.

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

Nous considérons l'incapacité de travail stationnaire dans l'activité habituelle d'employé d'entretien.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est complète dans une activité adaptée depuis la même date, le 20.03.2009. Il n'est dès lors pas possible de reconnaître une incapacité de travail totale limitée dans le temps du temps de la prise en charge par la Dresse N._____ et par l'ergothérapie, ces traitements n'ayant apporté aucune amélioration. L'absence d'amélioration est à mettre en relation avec le syndrome douloureux chronique du membre supérieur G, avec une composante de fond de type fibromyalgique.

Durant l'entretien, l'assurée n'avait pas de trouble thymique, elle souriait fréquemment, elle n'a pas de psychotrope, pas de suivi psychiatrique.

L'état de santé s'est amélioré au niveau de l'épaule G, ce qui est également confirmé par le Dr D._____ et par le médecin traitant, qui retiennent un status après capsulite rétractile.

Les chances de succès de mesures professionnelles sont nulles au vu du ressenti douloureux marqué de l'assurée et les importantes discordances entre les constatations objectivables et les allégations de l'assurée.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE D'EMPLOYÉE D'ENTRETIEN : 0 %

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100 %

DEPUIS LE : 20.03.2009 »

Considérant en substance le rapport précité comme probant, le Dr R._____, médecin au SMR a, par avis médical du 27 mai 2015, confirmé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail retenu par le Dr H._____. Les autres diagnostics n'étaient pas du ressort de l'assurance-invalidité. Le Dr R._____ a également confirmé les limitations fonctionnelles et la capacité de travail.

L'OAI a rendu un projet de décision le 1^{er} juillet 2015, dans le sens d'un refus de rente d'invalidité, en raison de l'absence de modification de l'état de santé de l'assurée ayant une incidence sur la capacité de travail et les empêchements ménagers retenus dans la précédente décision. L'assurée s'est opposée à ce projet le 17 juillet 2015, renvoyant l'OAI à s'informer auprès du Dr G._____.

Le Dr G._____ a adressé à l'OAI un rapport médical le 16 septembre 2015, mentionnant les mêmes diagnostics que dans son rapport du 10 janvier 2014. Il observait que la situation s'était aggravée sur le plan global et occasionnait toujours une incapacité de travail de 100 %. Le pronostic était de réservé à défavorable.

Dans un avis médical du 5 octobre 2015, le Dr R._____ a estimé que le rapport précité n'apportait aucun élément diagnostique nouveau et/ou inconnu et confirmait que les investigations complémentaires connues et prises en compte lors de l'examen clinique au SMR n'avaient pas été en mesure de documenter une base somatique précise aux plaintes permanentes et réfractaires de l'assurée. Les arguments du médecin traitant n'étaient pas susceptibles de modifier l'appréciation du cas.

L'OAI a rendu une décision de refus de rente d'invalidité dans le sens de son projet le 7 octobre 2015.

c) Le Dr G._____ a adressé à l'OAI un courrier le 27 avril 2016. Outre les diagnostics déjà mentionnés dans ses rapports des 10 janvier 2014 et 16 septembre 2015, le médecin traitant a ajouté celui de syndrome douloureux somatoforme persistant. L'évolution douloureuse était défavorable, avec une impotence complète, allant jusqu'aux tâches ménagères les plus élémentaires. L'assurée avait été réévaluée au service de rhumatologie du CHUV, du 6 au 22 janvier 2016. Dans un rapport de ce service, du 16 février 2016, le syndrome douloureux somatoforme persistant était retenu à titre de diagnostic principal. On extrait du rapport ce qui suit :

« Synthèse - Discussion et évolution

1) Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4)

Discussion :

Mme V. _____ présente des douleurs chroniques de l'hémicorps gauche mal définies avec peu de corrélat organique. L'examen ostéo-articulaire met en évidence une diminution de la mobilité lombaire, un déconditionnement musculaire global et une limitation de la mobilité de l'épaule gauche, celle-ci s'améliorant fortement lorsque l'attention de la patiente est portée vers une autre occupation (cf. rapport de physiothérapie).

Les anciennes IRM cervicale et lombaire de 2013 témoignaient d'une arthrose pluri-étagée sans atteinte radiculaire ne permettant pas d'expliquer totalement ces douleurs, tant au membre supérieur qu'au membre inférieur gauches de Mme V. _____. En raison du caractère mixte des douleurs et d'une élévation de la vitesse de sédimentation à 32 mm/h, une scintigraphie osseuse est réalisée le 11.01.2016, qui montre une hypercaptation du radiotracer au niveau des sacro-iliaques, avec toutefois des signes d'atteintes dégénératives à l'IRM lombaire et des sacro-iliaques, sans argument pour une spondylarthropathie. Nous renonçons à effectuer une nouvelle imagerie cervicale. Il n'y a actuellement pas de signe de lésion tendineuse de la coiffe des rotateurs gauche à l'US [ultrasons] du 11.01.2016 et nous retenons une clinique d'impingement. L'ENMG [électroneuromyogramme] et l'examen neurologique du 18.01.2016 excluent toute atteinte neurologique périphérique et un syndrome du tunnel carpien, il n'y a non plus pas d'argument pour une neuropathie des petites fibres.

Retrouvant des signes de non-organicité avec un score de Waddell à 4/5, ainsi que des arguments pour un syndrome douloureux chronique de type fibromyalgique avec un score WPI à 11 et SS à 6, nous retenons le diagnostic posé par nos collègues de psychiatrie de syndrome douloureux somatoforme persistant de l'hémicorps gauche.

Attitude :

Durant le séjour, la patiente ne parvient pas à intégrer un concept psycho-somatique de la douleur et n'est dès lors pas preneuse d'un suivi psychologique. Nous insistons donc sur une approche corporelle et l'incitons à débiter une activité physique régulière. Nous l'informons sur la condition bénigne de cette affection, certes chronique, et l'absence de limitation physique en découlant. Un traitement par Duloxétine 30 mg/j est introduit et majoré à 60 mg/j sans effet indésirable. Nous vous laissons le soin d'évaluer son efficacité à 6-8 semaines, le cas échéant d'envisager une alternative

thérapeutique dans la classe des modulateurs de la douleur (p.ex. venlafaxine, amitriptyline). Le traitement par ibuprofène est remplacé par de l'Arcoxia pour son effet gastroprotecteur, traitement que nous vous proposons de tenter de sevrer progressivement sur les semaines à venir. L'équipe d'antalgie ne propose pas d'autre approche thérapeutique actuellement.
[...]

Avis psychiatrie

Rapport de consultation

Dates de consultation : 18.01.2016 (en présence d'une interprète
[...])

Psychiatre : Dre [...] supervisée par le Dr [...]

Consultation de suivi :

Durant cette consultation, la patiente a pu exprimer ses difficultés dans la vie quotidienne en rapport avec ses douleurs : elle est triste de ne plus pouvoir être indépendante comme avant et doit demander à ses enfants de l'aider dans le port des charges, pour le ménage ou la cuisine. Il lui est difficile de ne pas pouvoir faire « comme toutes les femmes » à la maison. Elle rapporte également se plaindre beaucoup de ses douleurs à la maison, mais son entourage est devenu habitué, voire indifférent à ses plaintes. Nous avons essayé d'introduire la notion de composante psychique aux douleurs à laquelle la patiente n'adhère pas (ne comprend pas le lien entre les deux). Elle n'est pas du tout preneuse d'un suivi psychiatrique car n'en voit pas l'intérêt.

Statue idem à la consultation du 14.01.2016

Patiente faisant son âge biologique, de tenue vestimentaire et hygiène correctes. Elle est calme et collaborante en entretien, souriante. Elle est orientée aux 4 modes, ne présente pas de trouble de la vigilance ou de la mémoire et partage le focus attentionnel. Son discours est cohérent et informatif, mais elle présente une pensée opératoire avec discordance idéo-affective marquée lorsqu'elle parle de ses douleurs. Absence d'autre trouble du cours ou du contenu de la pensée ou de signes de la lignée psychotique. La thymie est neutre et les affects abrasés, en particulier lorsqu'elle rapporte les difficultés liées à la douleur. La patiente ne décrit pas de symptômes anxieux. Elle nie toute idée suicidaire.

Attitude :

La patiente ne faisant pas le lien entre ses douleurs et une éventuelle composante psychique et n'étant elle-même pas preneuse d'un suivi psychiatrique, nous proposons de favoriser une approche corporelle (p.ex : physiothérapie) qui pourrait permettre à la patiente de parler de ses douleurs et peut-être d'accéder dans un deuxième temps à son vécu infra-psychique.

Sur le plan médicamenteux, nous proposons d'augmenter le Cymbalta à 60 mg afin d'obtenir une dose thérapeutique et ré-

évaluer son efficacité dans 3 mois, l'efficience du médicament pouvant s'installer durant 12 semaines. »

Le 24 mai 2016, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, qui l'a invitée à produire les documents propres à rendre plausible une éventuelle modification du degré d'invalidité.

Par certificat médical du 19 août 2016, le Dr G._____ a attesté l'incapacité entière de travail de l'assurée.

Dans un avis médical du 7 décembre 2016, le SMR, par la voix du Dr Z._____, a observé que les rapports médicaux précités confirmaient des atteintes qui avaient été prises en compte lors des instructions antérieures. Les pièces médicales versées au dossier depuis la dernière décision de l'OAI ne fournissaient aucun indice d'une aggravation notable de l'état de santé.

Le 12 décembre 2016, l'OAI a rendu un projet de décision dans le sens d'un refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande.

L'assurée s'est opposée au projet de décision le 8 février 2017, invoquant une amplification de ses problèmes de santé. Elle n'était même plus apte à s'occuper de son ménage. Elle sollicitait une aide de l'OAI afin de trouver une activité dans laquelle elle n'aurait pas besoin d'utiliser ses bras. Son invalidité commençait à prendre une dimension psychique. Elle souhaitait un rendez-vous ou une reconsidération de son dossier et proposait de produire d'autres documents si besoin.

Le Dr G._____ a adressé à l'OAI un nouveau rapport le 13 mars 2017, dont la teneur est la suivante :

« Voici quelques renseignements supplémentaires concernant la patiente susmentionnée qui présente une aggravation de son état de santé.

Diagnostic

- État anxio-dépressif
- Talalgie bilatérale compatible avec une fasciite plantaire bilatérale, en cours de traitement
- Syndrome douloureux somatoforme persistant
- Cervico-scapulo-brachialgies G rebelles, sans participation neurologique, sur discopathies cervicales (IRM cervicale 4.4.2013), avec une névralgie brachiale incessante de la branche supérieure du nerf cutané latéral du bras G
- Status après capsulite rétractile de l'épaule G
- Lombosciatalgies G sur discopathies L4-L5 mais surtout L5-S1 (IRM lombaire 20 janvier 2011)
- Status après césarienne en janvier 1999
- Status après 3 abortus
- Status après hypovitaminose B12 (2011)
- Status après malaise avec perte de connaissance dans le cadre d'un possible épisode dissociatif le 27.03.2012 (cf. rapport ci-joint).

Rappel anamnestique

Cette patiente présente une longue évolution douloureuse au niveau cervico-brachial G et de son épaule G, de même qu'au niveau lombosciatique G. La dernière évaluation rhumatologique spécialisée a eu lieu le 08.10.2012 chez le Dr D._____ (cf. rapport ci-joint).

Comme proposé par le Dr D._____, une infiltration intraarticulaire de l'épaule G a été effectuée le 23.01.2013, sans résultat significatif. Etant donné la persistance des cervico-brachialgies, une nouvelle IRM a été effectuée le 04.04.2013, qui met en évidence plusieurs discopathies, toutefois sans conflit disco-ostéo-radulaire démontré (cf. rapport ci-joint). Par la suite, un conseil neurologique a été organisé chez le Dr Q._____ le 29.04.2013, qui ne révèle aucun déficit neurologique compatible avec une atteinte radulaire (cf. rapport ci-joint).

Finalement, Mme V._____ a été prise en charge au centre de rééducation sensitive de [...] pendant environ une année par la méthode de rééducation sensitive (cf. rapport ci-joint), le tout supervisé par le Centre d'antalgie de [...] Tout dernièrement, Mme V._____ a été réévaluée globalement dans le service de rhumatologie [du] CHUV où elle a séjourné du 06.01 au 22.01.2016. Les conclusions du séjour figurent en annexe.

Au vu de ce qui précède, en considérant l'évolution défavorable en fonction du temps écoulé, il y a développement d'une symptomatologie anxio-dépressive, venant s'ajouter aux diagnostics déjà présents.

Discussion

Chez Madame V._____, l'évolution douloureuse est défavorable, avec impotence complète, allant jusqu'aux tâches ménagères les plus élémentaires à domicile. Le développement d'une symptomatologie anxio-dépressive vient aggraver encore la situation, qui peut être considérée comme aggravée.

Pour cette raison, nous demandons que la situation médicale de Mme V. _____ soit valorisée sur le plan AI [assurance-invalidité], a priori par une rente. »

Sollicité pour avis sur le rapport précité, le Dr Z. _____ a observé, le 4 mai 2017, que l'état anxio-dépressif devait être confondu avec le trouble somatoforme/fibromyalgie qui affectait l'assurée depuis longtemps. Il ne s'agissait donc pas d'un fait nouveau.

L'OAI a rendu une décision de refus d'entrer en matière le 8 mai 2017, considérant que l'assurée n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision. Il s'agissait uniquement d'une appréciation différente d'un même état de fait.

B. a) V. _____ a recouru par l'intermédiaire de son mandataire contre la décision précitée le 9 juin 2017 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité.

L'intimé a conclu au rejet du recours par réponse du 11 juillet 2017.

Par réplique du 21 août 2017, la recourante a confirmé sa position et produit notamment un rapport du 26 juillet 2017 de la Dresse X. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, consultée à trois reprises par la recourante, la première le 13 juin 2017. La Dresse X. _____ observait un « trouble de l'adaptation réaction mixte anxieuse et dépressive dans le contexte de douleurs chroniques » et des limitations physiques en raison des douleurs chroniques. Il lui était difficile de se prononcer sur la capacité de travail dans l'activité habituelle de nettoyeuse ou dans une activité adaptée, les limitations étant surtout somatiques. Les symptômes de la lignée dépressive (tristesse, troubles du sommeil, sentiment d'inutilité et de dévalorisation, fatigue) étaient réactionnels aux douleurs chroniques somatiques et influençaient défavorablement la reprise potentielle d'une activité professionnelle.

N'ayant vu la patiente qu'à trois reprises, elle ne pouvait se prononcer sur une péjoration de son état de santé. La recourante a également produit un rapport du Dr G. _____ du 22 juin 2017, retenant les mêmes diagnostics que dans le rapport du 13 mars 2017. Les limitations concernaient surtout, sur le plan somatique, le rachis, le membre supérieur gauche et la région lombaire, avec douleurs à la charge et à la mobilisation. La capacité de travail était nulle dans toute activité également en raison des limitations psychologiques. L'état de santé s'était aggravé depuis début 2016 notamment, avec développement d'une symptomatologie anxio-dépressive. Le pronostic était de réservé à défavorable, en fonction également de la progression naturelle des troubles dégénératifs liés à l'âge.

L'intimé a confirmé ses conclusions par duplique du 11 septembre 2017.

b) Les arguments des parties seront repris dans la mesure utile dans la partie en droit ci-après.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur le refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée par la recourante, singulièrement sur la question de savoir si celle-ci a rendu plausible une modification significative de l'état de fait depuis la dernière décision de refus de prestations, qui justifierait un nouvel examen de son cas.

3. a) 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) de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions de l'al. 2 sont remplies. 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 ATF 130 V 71 consid. 3.2).

b) Selon la jurisprudence, cette exigence doit 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 ne rend pas plausible une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b ; 117 V 198

consid. 4b et les références citées). Une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 372 consid. 2b ; SVR 1996 IV n° 70 p. 204 consid. 3a et les références citées ; MEYER/REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), Zurich/Bâle/Genève 2014, n° 51 p. 433). 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'entrer en matière. 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. Cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 ; 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3).

c) Dans un litige relatif à un refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande de prestations, l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Le juge doit donc examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait au moment où l'administration a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1 ; TFA I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2).

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

s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5).

4. En l'espèce, l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par la recourante le 24 mai 2016. Il convient donc de se limiter à examiner si la recourante, dans ses démarches auprès de l'intimé à partir du mois de mai 2016, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis le précédent refus de prestations, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus d'entrer en matière du 8 mai 2017 et les circonstances prévalant à l'époque de la décision de refus de prestations du 7 octobre 2015.

a) Il ressort de la décision du 7 octobre 2015, que la recourante n'était plus capable d'exercer son activité habituelle de femme de ménage. En revanche, elle disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à son état de santé. Le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail retenu au terme de l'examen rhumatologique au SMR effectué en mars 2015 était celui de cervicobrachialgies gauches non déficitaires, dans un contexte de discopathies étagées et hernie discale C5-6. Les diagnostics de composante de fond de type fibromyalgique, de status post capsulite rétractile de l'épaule gauche, d'obésité de classe I et de surcharge du muscle pyramidal gauche n'avaient en revanche pas de répercussion sur la capacité de travail. Les limitations fonctionnelles étaient l'absence de travail prolongé avec les bras au-dessus de la tête, de rotations rapides de la nuque et de mouvements prolongés de la nuque en extension, ainsi que l'absence de port de charges de plus de 5 kg.

La recourante ayant un statut d'active à 50 %, une enquête à domicile avait été réalisée en septembre 2011 à l'occasion de la première demande de prestations et avait permis de déterminer qu'elle souffrait d'une invalidité de 31 % dans l'exercice des tâches quotidiennes. Dès lors qu'aucune aggravation de l'état de santé de la recourante n'a été retenue à l'occasion de la seconde demande, une nouvelle enquête n'a pas eu lieu.

b) A l'appui de sa nouvelle demande, la recourante s'est fondée sur divers rapports du Dr G._____. Le rapport de ce médecin du 27 avril 2016 mentionne pour l'essentiel des diagnostics somatiques qu'il retenait déjà lors de la précédente demande et qui avaient été confirmés par le SMR, avec les limitations fonctionnelles qu'ils entraînaient. Le Dr G._____ n'apporte pas d'élément en faveur d'une aggravation de ces atteintes. Bien que dans ses rapports des 27 avril 2016 et 13 mars 2017, il indique une impotence complète de sa patiente, allant jusqu'aux tâches ménagères les plus élémentaires à domicile, ceci ne correspond pas aux constatations des médecins du CHUV du 16 février 2016. Selon l'anamnèse établie par ces derniers, la recourante est capable de s'occuper des tâches ménagères à domicile, mais dit devoir se faire aider fréquemment en raison de la fatigue, ce qui ne diffère pas de la situation qui existait lors du précédent refus de prestations. Les médecins du CHUV retiennent les diagnostics secondaires de lombalgies chroniques, tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs gauche avec impingement, de déficit en vitamine D et de souffle systolique, sans qu'il ne soit fait de constatations permettant de rendre plausible une aggravation de ces troubles.

Dans son rapport du 27 avril 2016, le Dr G._____ ajoute le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. La recourante admet toutefois dans ses écritures que cette atteinte existait déjà à l'époque du précédent refus de prestations. En effet, le Dr H._____ avait mentionné, dans son rapport du 12 mai 2015, le diagnostic de composante de fond de type fibromyalgique, toutefois sans incidence sur la capacité de travail. Le diagnostic de trouble somatoforme douloureux plutôt que de fibromyalgie relève d'une appréciation médicale différente d'un même état de fait et ne justifie pas, en soi, l'entrée en matière sur une nouvelle demande. Dès lors que le Dr G._____ ne fait que mentionner ce diagnostic sans autre précision, une aggravation n'a pas non plus été rendue plausible.

La recourante critique l'ancienneté de l'examen du Dr H._____. Cet élément est sans pertinence puisqu'il ne s'agit pas ici

d'évaluer la force probante du rapport de ce médecin, qui a déjà été reconnue, mais d'examiner si la situation de la recourante a changé depuis.

Les médecins du CHUV ont également retenu un syndrome douloureux somatoforme persistant, à titre de diagnostic principal. Ils ont toutefois considéré cette atteinte comme bénigne et n'induisant pas de limitations physiques. Durant son séjour au CHUV, la recourante a bénéficié d'une consultation psychiatrique, au terme de laquelle il n'a pas été fait mention d'incapacité de travail ou de limitations fonctionnelles. Ainsi, le rapport du CHUV ne permet pas non plus de rendre plausible une aggravation de l'atteinte de type fibromyalgique ou somatoforme dont il avait été tenu compte lors de la précédente demande de prestations.

Quant à la nouvelle jurisprudence relative à l'appréciation de la capacité de travail en cas de syndrome douloureux sans pathogenèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique (ATF 141 V 281), à laquelle se réfère la recourante, le Tribunal fédéral a expressément confirmé qu'elle ne constituait pas en soi un motif de révision ou d'entrée en matière sur une nouvelle demande (ATF 141 V 585).

c) Le seul diagnostic réellement nouveau par rapport à la situation prévalant lors du précédent refus de rente est finalement celui d'état anxio-dépressif posé par le Dr G._____ dans son rapport du 13 mars 2017. On observe toutefois que ce diagnostic n'a pas été posé par les médecins du CHUV dans leur rapport du 16 février 2016, alors qu'il comporte un volet psychiatrique. Par ailleurs, le Dr G._____ prescrivait déjà un anti-dépresseur à base de duloxétine, le Cymbalta, en avril 2016, avec le même dosage qu'en mars 2017, quand bien même il ne mentionnait pas d'état anxio-dépressif à l'époque. Ce traitement avait été introduit par les médecins du CHUV, comme ceux-ci l'indiquent dans la synthèse de leur rapport en lien avec le syndrome douloureux somatoforme persistant, juste après avoir mentionné qu'ils avaient renseigné la patiente sur le caractère bénin du trouble somatoforme douloureux et l'absence de limitation physique en résultant. Le Dr G._____ n'est par ailleurs pas psychiatre et n'a pas adressé sa patiente à

une consultation spécialisée, tout au moins pas avant la décision de refus d'entrée en matière litigieuse, ce qui aurait dû être le cas si l'état anxio-dépressif avait été réellement nouveau et suffisamment grave pour traduire une péjoration notable et durable de l'état de santé de sa patiente. Ce seul nouveau diagnostic, mentionné par le Dr G. _____ sans élément clinique, ne suffisait donc pas à en rendre plausible une telle péjoration. Il n'y avait au dossier aucun indice d'une atteinte psychiatrique qui aurait dû être investiguée plus avant. Ce n'est qu'après la décision litigieuse que la recourante a entrepris un suivi auprès d'une psychiatre, la Dresse X. _____, dont le rapport, postérieur à la décision litigieuse, ne peut pas être pris en considération dans une procédure de recours contre un refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande. Au demeurant, même s'il fallait en tenir compte, force serait de constater que la Dresse X. _____ explique expressément que les limitations fonctionnelles sont surtout d'ordre somatique. Contrairement à ce que prétend la recourante, elle n'atteste pas d'incapacité de travail liée à une atteinte psychiatrique. Elle ne retient du reste pas le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, mais le mentionne uniquement comme motif de consultation. Elle précise également ne pas pouvoir affirmer l'existence d'une péjoration de l'état de santé.

Au vu de ce qui précède, la recourante n'a pas rendu plausible une modification substantielle de sa situation qui imposerait le réexamen de ses droits à des prestations de l'assurance-invalidité au sens entendu par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI. L'intimé était donc légitimé à ne pas instruire sur le fond la demande subséquente présentée par la recourante et à prononcer le refus d'entrer en matière litigieux.

5. a) Il découle des considérants que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. 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, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Au vu de la nature et de la complexité du litige, les frais judiciaires sont arrêtés à 400 fr. et mis à charge de la recourante.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 8 mai 2017 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 la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- ASSUAS (pour V. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :