

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 avril 2020

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
M. Neu et Mme Dessaux, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

E. _____, à [...], recourante, représentée par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 17 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. E. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], ressortissante du Kosovo, a déposé une première demande de prestations AI le 10 mai 2004 en indiquant se trouver en arrêt de travail à compter du 22 mai 2003, en raison d'une rupture transfixiante du muscle sus-épineux droit survenue à la suite d'un accident (en soulevant un bidon pesant environ vingt-cinq kilos au-dessus des épaules, l'assurée a ressenti une forte douleur dans l'épaule droite). L'assurée a déclaré qu'en bonne santé, elle travaillerait dans le domaine de la gypserie-bâtiment à 100 % par nécessité financière. Elle est arrivée en Suisse en [...] et a travaillé durant quelques mois en tant qu'aide peintre-plâtrier dans l'entreprise de son mari avant son accident.

Dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations, le dossier LAA de l'assurée a été produit. Il en ressort notamment les pièces médicales suivantes :

- Un rapport d'évaluation du 30 mars 2004 des Drs V. _____, directeur médical, et J. _____, médecin-assistant, de la Clinique Romande de Réadaptation (CRR) de la CNA, consécutif à un séjour de l'assurée du 28 janvier 2004 au 3 mars 2004 et qui pose les diagnostics suivants :

"DIAGNOSTIC(S) PRIMAIRE(S) :

- Thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.1)

DIAGNOSTICS SECONDAIRES :

- Rupture transfixiante du tendon du sus-épineux, traitée conservativement (T 92.5)
- Tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs (M 75.8)
- Syndrome douloureux somatoforme persistant (S 45.4)

CO-MORBIDITES :

- Obésité (E 66.0)
- Diabète vraisemblable
- Hypertriglycémie"

Dans leur appréciation du cas de l'assurée, les médecins de la CRR se sont notamment exprimés comme il suit :

"[...] Compte tenu de la discordance entre les plaintes et les constatations objectives, nous demandons au Dr T._____, psychiatre, d'évaluer la situation. Notre collègue, au terme de son bilan, retient l'existence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant chez une patiente par ailleurs, euthymique. Le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant est cependant retenu, par exclusion, la patiente ne remplissant pas, notamment sur le plan thymique, certains critères que l'on souhaiterait. Il faut préciser de ce point de vu[e] que toutes les anamnèses et examens faits avec Mme E._____ l'ont été par l'intermédiaire d'une traductrice, la patiente ne parlant pratiquement pas le français.

Tout au long de son séjour, nous avons cependant été frappés par son comportement d'invalidé dû à des douleurs liées à une simple lésion tendineuse d'épaule, banale en soi, sans aucune composante inflammatoire ni rétractile, ainsi que l'a montré l'examen après bloc interscalénique.

Dans ces circonstances et malgré les réserves que nous pouvons émettre, il nous paraît raisonnable de retenir le syndrome douloureux somatoforme persistant comme élément clé de l'évolution vers une invalidation présentée par cette patiente. Les lésions anatomiques observées ne justifient en soi pas un tel comportement d'exclusion.

De façon connexe, nous avons relevé l'existence d'un syndrome pléthorique avec obésité, hypertriglycémie et vraisemblable diabète avec des valeurs de glycémie contrôlées à 3 reprises entre 9.3 et 10.4 mmol/l. Nous laissons le soin au médecin traitant de résoudre cet aspect par la mise en route d'un régime et d'un traitement idoine s'il est secondairement justifié.

Sur le plan du travail, nous retenons que Mme E._____ présente une capacité nulle dans un métier lourd. Nous pensons, cependant, qu'il faut dès à présent envisager la possibilité, dans un délai raisonnable, de 4 à 8 semaines, de reprise d'une activité légère adaptée ne nécessitant pas le port de charges lourdes ni le lever au-delà du niveau des épaules.

CAPACITE DE TRAVAIL ACTUELLE DANS LA PROFESSION DE AIDE-PEINTRE :
0 %."

- Une décision sur opposition du 5 novembre 2004 de la CNA confirmant sa décision rendue le 16 août 2004 octroyant à l'assurée le droit à une rente d'invalidité de 18 % dès le 1^{er} juillet 2004, lui refusant toutes prestations pour les conséquences de ses troubles psychogènes et lui accordant une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5'340 fr. fondée sur un taux de 5 %.

Dans un rapport médical du 13 novembre 2007, le Dr L._____, spécialiste en médecine du sport et médecin traitant, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de lombosciatalgies droites chroniques, de discopathie L5-S1, de cervicalgies et de gonarthrose au genou bilatérale. Ce médecin était d'avis que sa patiente présentait une incapacité de travail à 100 % depuis 2004 dans sa profession habituelle sans qu'une autre activité ne soit exigible de sa part. Le Dr L._____ précisait que la cause de cette incapacité totale de travail résultait de douleurs polyarticulaires sur plusieurs pathologies.

Le 21 janvier 2008, E._____ a été examinée par les Drs X._____, spécialiste en rhumatologie, et S._____, spécialiste en psychiatrie, du Service médical régional (SMR) de l'AI. Au terme de leur rapport d'examen clinique rhumato-psychiatrique du 25 février 2008, ces spécialistes ont notamment retenu ce qui suit sur l'état de santé de l'assurée :

"DOSSIER RADIOLOGIQUE

Rx du rachis lombaire de face et de profil du 29.04.2005 : bascule du bassin de 1.5 cm sur la G ; attitude en légère flexion latérale D ; important pincement en L5-S1, léger pincement postérieur L4-L5 ; début de spondylose antérieure lombaire étagée ; troubles dégénératifs postérieurs sur les deux derniers étages ; ostéophytose modérée en L4-L5 D.

IRM lombaire du 13.07.2005 : déshydratation des trois derniers disques ; léger pincement postérieur en L4-L5, pincement avancé en L5-S1 avec remaniement des plateaux qui sont hyper-intenses en T2 ; protusion tendant à être latéralisée à G en L5-S1, pas de hernie discale visible ; en L4-L5, la protusion est circonférentielle ; troubles dégénératifs postérieurs étagés.

Rx du rachis cervical de profil du 05.02.2007 : lordose conservée ; pincement débutant en C4-C5, modéré en C5-C6 où l'on voit également une ostéophytose antérieure et un remaniement articulaire postérieur débutant. Il n'y a pas de CT à disposition.

IRM du genou D du 26.02.2007 : pincement modéré du compartiment interne ; suspicion de lésion méniscale interne dégénérative, bonne intégrité des ligaments croisés ; sublucation de la rotule, petit élément osseux sur le versant interne du condyle fémoral en regard de la rotule (noyau d'ossification secondaire) ; lésion cartilagineuse en regard de la rotule ; en conclusion, troubles dégénératifs méniscaux internes avec gonarthrose fémoro-tibiale et fémoro-patellaire.

Il n'y a aucune radiographie de l'épaule D ni G dans le dossier mis à disposition.

DIAGNOSTICS

- avec répercussion sur la capacité de travail
 - Rupture transfixiante du muscle supra-épineux D. M75.1.
 - Rachialgies chroniques non déficitaires dans un contexte de discopathie modérée en C5-C6, avancée en L5-S1.
 - Gonarthrose du compartiment interne D et fémoro-patellaire.

- sans répercussion sur la capacité de travail
 - Amplification des symptômes.
 - Obésité de classe III.
 - Déconditionnement physique.
 - Plaintes douloureuses chroniques, en l'absence d'atteinte psychiatrique à la santé (F68.0).

APPRÉCIATION DU CAS

[...]

En conclusion, il existe une discordance importante entre les allégations transmises par l'assurée, son comportement algique très marqué et les constatations radiocliniques objectivables. L'assurée présente des troubles dégénératifs touchant le rachis cervical moyen et lombaire bas, le genou D la coiffe des rotateurs D. Ces troubles dégénératifs justifient des limitations fonctionnelles mais ne justifient pas une incapacité totale dans toute activité. L'obésité de classe III et le déconditionnement physique marqué, jouent un rôle dans les difficultés rencontrées par l'assurée. Ces éléments ne sont pas reconnus comme incapacitants.

Sur le plan psychiatrique : il s'agit d'une assurée âgée de 44 ans née au Kosovo, établie en Suisse depuis [...] 2002. Au bénéfice de huit ans de scolarité primaire, elle reste au foyer, au pays. En Suisse, elle est engagée au 01.11.2002 dans l'entreprise familiale de gypserie-peinture en tant qu'ouvrière aide-peintre. Elle exerce cette activité jusqu'à un accident en date du 22.05.2003. Depuis lors, elle n'a plus pu reprendre d'activité professionnelle en raison d'une problématique douloureuse chronique.

L'examen de ce jour met en évidence une assurée de bonne constitution psychique, dont la vivacité d'esprit confirme l'absence de déficit de capacités intellectuelles. Le contact frappe par un comportement douloureux non systématisé, incohérent. A titre d'exemple, malgré l'allégation d'une atteinte du membre supérieur D, l'assurée mobilise son épaule D ainsi que tout le membre supérieur D d'une manière parfaitement harmonieuse et sans signe de douleur lorsqu'il s'agit de remplir sa procuration.

Malgré des notions de syndrome douloureux somatoforme persistant mentionnées, notamment par le psychiatre de la CRR, le Dr T._____, dans son consilium psychiatrique du 04.02.2004, l'examen de ce jour ne montre pas tous les critères permettant de poser ce diagnostic : en effet, il n'y a aucun sentiment de détresse et l'incohérence de la présentation douloureuse ne laisse aucune impression objectivable de souffrance. Ce psychiatre mentionne

toutefois en fin de document que « l'absence d'un environnement social délétère et d'une souffrance psychologique significative au premier plan fait pourtant douter de ce diagnostic ». Par contre, ce document exclut toute pathologie psychiatrique d'accompagnement, ce qui permet un consensus face à une exigibilité professionnelle totale.

L'examen de ce jour s'accorde également à celui mentionné par le rapport médical du 04.05.2004 du Dr B. _____ de la SUVA lorsqu'il mentionne en page 3 que : « L'impression qui prévaut est bien plus celle d'une simulation que d'un trouble somatoforme douloureux ». Cette appréciation est corroborée par le rapport du Dr V. _____ et du Dr J. _____ de la CRR, daté du 30.03.2004, lorsque ces médecins décrivent en page 4 qu'ils ont été frappés par le comportement d'invalidé et que les lésions anatomiques observées ne justifient en soi pas un tel comportement d'exclusion.

En conséquence, l'examen psychiatrique de ce jour peut confirmer le comportement algique de l'assurée et exclure toute atteinte psychiatrique à la santé qui pourrait porter préjudice à l'exercice d'une activité professionnelle quelle qu'elle soit. Il n'y a donc aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique.

Les limitations fonctionnelles

Membre supérieur D : pas de travail au-delà de l'horizontale, pas de mouvement répété d'abduction-adduction, de flexion-extensions, pas de port de charge supérieure à trois kilos, pas de soulèvement de charges le bras tendu.

Rachis cervical : pas d'attitude prolongée de la tête en extension, pas de mouvement en rotation rapide.

Rachis lombaire : pas d'attitude en porte-à-faux, pas de mouvement répété de flexion-extension, pas de port de charge globale au-delà de dix kilos, pas de position statique au-delà de trente minutes, assise au-delà d'une heure.

Genou D : pas de travail en position accroupie ou à genoux, pas de travail en position assise statique au-delà d'une heure, pas de marche d'une traite d'un kilomètre, pas de montée/descente répétée d'escaliers.

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

L'assurée a été mise en arrêt de travail total après moins de sept mois d'activité dans l'entreprise familiale, suite à un accident datant du 22.05.2003. Aucune atteinte à la santé psychiatrique n'appuie cette mise en arrêt de travail.

Sur le plan somatique, l'incapacité de travail est totale depuis lors dans l'activité physiquement contraignante d'aide-peintre.

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

Sur le plan ostéo[-]articulaire : l'incapacité de travail est restée complète dans cette activité.

Sur le plan psychiatrique : l'assurée a développé un tableau douloureux chronique dont l'ampleur et l'extension ne sont pas en rapport avec les lésions objectivées à la suite de l'accident. Il s'agit d'un comportement algique en l'absence absolue et unanime d'atteinte psychiatrique à la santé.

Concernant la capacité de travail exigible

Elle est déterminée par la tolérance mécanique des articulations citées, à savoir l'épaule D, le genou D, le rachis cervico-lombaire. Dans une activité respectant toutes les limitations fonctionnelles décrites, l'exigibilité est complète. Ceci est une appréciation purement médico-théorique, les chances d'un reclassement professionnel sont extrêmement restreintes en raison de l'amplification des symptômes que présente l'assurée. Les amplifications retenues à l'examen de ce jour ont été relevées à plusieurs reprises, par le Dr B. _____ de la SUVA mais également par le service de réadaptation du Prof. V. _____ à [...]. Les éléments avancés par le Dr L. _____ pour justifier une incapacité totale dans toute activité ne sont pas du domaine médical. Les plaintes douloureuses polyarticulaires ne justifient pas une impossibilité de travailler dans une activité légère.

De façon théorique, l'état de santé de l'assurée permet l'activité décrite dans le dossier, physiquement légère, à hauteur de table ou d'établi ; on ajoutera dans la précision du poste que l'assurée doit pouvoir alterner les positions pour ne pas avoir de travail en position statique prolongée. L'exigibilité est totale dans une activité adaptée depuis la sortie de la CRR le 4.3.04.

CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE

Dans l'activité habituelle d'aide-peintre : 0 % pour des raisons somatiques.

Dans une activité adaptée : 100% Depuis le 4.3.04."

Par décision du 25 août 2008, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a rejeté la demande de prestations de l'assurée. Cette décision n'a pas été contestée.

B. Le 14 juin 2010, E. _____ a déposé une nouvelle demande de prestations AI. Elle y mentionnait une aggravation de son atteinte à la santé depuis 2008 en renvoyant aux certificats médicaux de ses médecins. Elle a produit en ce sens les pièces suivantes :

- Un rapport médical du 18 mars 2010 du Dr G. _____, médecin associé au service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du CHUV, adressé au conseil de l'assurée dont il ressort les observations et conclusions suivantes :

“Diagnostics :

Lombalgies chroniques non spécifiques persistantes (2005)

- Troubles statiques et dégénératifs rachidiens sous forme de discopathies étagées L3-S1 et spondylarthrose étagée.

- Protrusion discale L4-L5 et L5-S1.

- Micro-instabilité segmentaire lombaire basse (L4-L5 et L5-S1).

Gonarthrose tricompartmentale varisante bilatérale, radiologiquement plus avancée à gauche (Rx 2007).

Tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs (2004).

- Rupture transfixiante du tendon du sus-épineux.

Suspicion de polyneuropathie (diabétique ?) des membres inférieurs. Obésité morbide.

Syndrome métabolique anamnestique.

Dès lors, il est évident qu'une nouvelle demande est justifiée en raison des pathologies non reconnues, mais pourtant déjà présentes à l'époque de l'examen SMR (janvier 2008) :

1. L'instabilité lombaire, dans le contexte des troubles dégénératifs multi-étagés lombaires (juillet 2007, IRM CHUV), le SMR ne retenant que le segment L5-S1.

2. La gonarthrose bilatérale et tricompartmentale (mars 2007, Hôpital orthopédique).

3. La suspicion de polyneuropathie diabétique (Dr K. _____ novembre 2006).

4. Un état anxio-dépressif probable, qui justifie une approche spécialisée universitaire.

Les situations physiologiques et psychologiques de cette patiente sont catastrophiques. La seule solution permettant éventuellement de débloquent les choses résiderait dans une large explication dans sa langue de l'ensemble du problème, permettant d'espérer ainsi une adhésion à des mesures thérapeutiques sous forme de la mise en route progressive et sur 2 à 3 ans d'une rééducation, elle-même couplée à des mesures visant à diminuer l'obésité, c'est-à-dire, par exemple, une chirurgie bariatrique. Une telle explication pourrait se faire en consilium in praesentia multidisciplinaire, avec son médecin de famille le Docteur A. _____, qui selon mes renseignements, parle sa langue.

Cette remarque signifie en fait que sans un traitement correct, même si l'administration définit une activité physique dite adaptée, celle-ci ne peut être que théorique, en l'absence de correction préalable des déficiences susmentionnées. Ainsi le traitement n'a pas encore pu être réalisé de façon adéquate, en partie pour des motifs qui échappent au champ médical. En l'état, il n'y a simplement aucune activité adaptée, sinon occupationnelle.

Enfin si les examens de la CRR, en 2004, ne retiennent pas d'état anxio-dépressif, actuellement, cette composante existe à un degré à déterminer par un examen attentif et spécialisé en milieu universitaire, de même que la composante physique (à moins que l'administration puisse accepter mon avis, basé sur un examen physique récent et mes compétences de spécialiste universitaire de la rééducation des lombalgies) comme probant.”

- Un certificat médical du 31 mai 2010 établi par le Dr A._____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant, qui confirmait une péjoration des atteintes à la santé de sa patiente depuis l'été 2008, notamment au niveau des genoux et sur le plan de la dépression.

- Un certificat médical du 12 octobre 2010 du Dr Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, qui a posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11), de difficultés dans les rapports avec le conjoint ou le partenaire (Z63.0), d'autres difficultés liées au mode de vie (difficultés économiques) (Z72.8) et de difficultés liées à l'acculturation (Z60.3). Ce médecin s'exprimait en ces termes s'agissant de l'état de santé de l'assurée :

"Discussion et pronostic

Nous constatons que Madame a des difficultés de nous parler de son ressenti et de sa souffrance psychique. Cela pourrait peut-être être compris d'une part par le manque d'instruction de Madame et sa difficulté à élaborer et d'autre part par le fait que dans la culture albanaise les consultations psychiatriques ne sont pas courantes, ni valorisées et aussi qu'il n'est pas accepté socialement qu'une femme exprime ses émotions et sa souffrance verbalement. De plus Madame se trouvant dans un pays étranger où elle ne connaît pas bien ni la culture ni la langue, les possibilités d'expression de sa souffrance se trouvent limitées.

[...]

Conclusion

Madame E._____ se trouve dans une souffrance physique et psychique telle qu'elle se trouve très limitée dans les différentes sphères de sa vie, tant au niveau professionnel qu'au niveau social et personnel.

Sa souffrance psychique est exprimée par des symptômes physiques."

Au terme d'un avis médical SMR du 12 janvier 2011, le Dr H._____ a notamment relevé ce qui suit sur les éléments médicaux produits par l'assurée à l'appui de sa nouvelle demande :

"[...] La nouvelle demande est appuyée par un rapport du 18.03.2010 du Dr G._____ à Me Olivier Carré. Les plaintes détaillées de l'assurée sont mentionnées et on constate qu'elles sont superposables à celles recueillies lors de l'examen au SMR. Selon le rapport du Dr G._____, toutes les plaintes sont présentes depuis avant 2008.

Aucun nouveau cliché radiologique n'a été réalisé depuis 2008. Les diagnostics radiologiques retenus par le Dr G. _____ sont les mêmes que ceux du SMR.

Le Dr G. _____ estime que l'impotence fonctionnelle résulte des douleurs, élément subjectif. Si, sous l'angle thérapeutique, il est juste de considérer que la tolérance à la douleur est propre à chacun et ne peut pas s'appliquer dans une approche médico-assécurologique, dans laquelle nous sommes tenus de garantir une égalité de traitement à chaque assuré, raison pour laquelle les limitations fonctionnelles doivent reposer sur des éléments médicaux objectivables.

Il est reproché au SMR de ne pas tenir compte des aspects limitatifs de l'obésité. Ce n'est pourtant qu'en stricte application des textes légaux que l'obésité a été classée dans les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail (CIIAI 1013). Relevons cependant que les conséquences de cette obésité, dont fait certainement partie la gonarthrose, ont été prises en compte dans l'établissement des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail.

Contrairement à ce qu'affirme le Dr G. _____, la capacité de travail dans une activité adaptée a été fixée dans un rapport médical établi par des médecins spécialistes et remplissant les critères requis par la jurisprudence, laquelle n'exige nullement d'avoir recours à des évaluations de la capacité fonctionnelle et encore moins à des tests psychométriques, ni des observations biomécaniques en physiothérapie et en ergothérapie.

Les diagnostics retenus par le Dr G. _____ sont superposables à ceux établis par le SMR en 2008 et sont d'ailleurs tous antérieurs à 2008, comme il l'atteste lui-même. L'affirmation que des pathologies non reconnues étaient déjà présentes en 2008 est erronée. En effet les troubles dégénératifs rachidiens sont reconnus au niveau cervical et lombaire et pas uniquement au niveau lombaire comme prétendu. La gonarthrose est également reconnue comme incapacitante ; qu'elle soit tricompartimentale ou interne et fémoro-patellaire ne modifie en rien les limitations fonctionnelles ni la capacité de travail exigible. Quant aux diagnostics de polyneuropathie, il ne s'agit que d'une suspicion et pas d'une affection avérée ; et l'état anxio-dépressif, qualifié de probable par le Dr G. _____, non spécialiste en psychiatrie, avait été exclu par un psychiatre FMH lors de l'examen au SMR et par le psychiatre de la CRR.

Le rapport du Dr G. _____ ne fait état d'aucun élément médical objectif nouveau postérieur à la décision AI entrée en force. Il n'y a donc pas lieu d'entrer en matière sous l'angle somatique.

Le certificat médical du Dr Z. _____ du 12.10.2010 mentionne un suivi psychiatrique du 26.10.2009 au 23.08.2010. Il n'y aurait donc plus de prise en charge psychiatrique actuellement. L'anamnèse fait état essentiellement des douleurs physiques et de leur impact sur la vie familiale et conjugale. Relevons au passage que l'allégation d'une importante prise de poids depuis quelques années ne

concerne pas la période 2008 - 2010, puisque le poids était de 116 kg en janvier 2008 et qu'il est de 114,7 [kg] en mars 2010 (cf. rapport du Dr G. _____ à Me Olivier Carré du 18.03.2010).

Le status psychiatrique tient en 5 ½ lignes. Les seuls éléments pathologiques relevés sont une humeur triste et des ruminations. Ces éléments sont nettement insuffisants pour poser le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11), tel que retenu par le Dr Z. _____, puisque selon la CIM-10 il faut au moins deux symptômes majeurs plus quatre symptômes mineurs pour fonder ce diagnostic. Quant aux diagnostics de « difficultés dans les rapports avec le conjoint ou le partenaire (Z63.0) », « autres difficultés liées au mode de vie (difficultés économiques) (Z72.8) » et « difficultés liées à l'acculturation (Z60.3) » ils situent clairement la problématique de cette assurée dans le domaine psycho-social plutôt que bio-médical.

Ce rapport ne permet pas de retenir une cause biomédicale d'incapacité de travail durable et ne remet pas en question les évaluations psychiatriques antérieures faites à la CRR et au SMR.

Par conséquent, sous l'angle psychiatrique non plus, il n'y a pas lieu d'entrer en matière sur cette demande subséquente."

Par décision du 1^{er} novembre 2011, l'OAI a confirmé le rejet de la nouvelle demande de prestations. De son côté, E. _____ a, par acte du 2 décembre 2011, déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois.

A l'appui de son recours, l'assurée a produit un rapport médical du 1^{er} décembre 2011 du Dr M. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, qui relève que celle-ci a subi une opération orthopédique le 26 octobre 2011 (implantation de prothèses totales au genou pour le côté gauche [sic !], l'autre côté devant probablement aussi être opéré dans un délai d'environ six à douze mois après récupération du premier côté). A compter de l'opération en question, ce spécialiste considère que l'assurée se trouve en incapacité de travail totale. Le Dr M. _____ indique avoir vu la recourante pour la première fois le 20 mai 2011 dans le cadre d'une arthrose de genou bilatérale devenant de plus en plus invalidante.

Les 3 septembre, 5 octobre et 17 décembre 2012, la recourante a produit en cause divers rapports et certificats médicaux, dont en particulier :

- Un rapport radiologique des genoux du 4 février 2011 établi par le Dr I. _____ de [...] SA à [...], dont il ressortait l'existence d'une gonarthrose tricompartmentale sévère des deux genoux prédominant à la hauteur des compartiments internes.

- Un rapport médical du 22 août 2012 du Dr M. _____ adressé au conseil de la recourante à teneur duquel, ce spécialiste précise ne pas pouvoir se prononcer car ne disposant pas de l'ensemble des documents médicaux. Il lui est difficile de déterminer avec exactitude le moment de la survenance d'une aggravation significative de la gonarthrose bilatérale observée lors de son examen du 20 mai 2011, étant précisé qu'il peut y avoir une assez nette discrépance entre les radiographies réalisées lors de l'évaluation faite par le Dr G. _____ et le tableau douloureux, ainsi que la gêne fonctionnelle constatées.

- Un courrier médical complété le 5 septembre 2012 par le Dr G. _____ en réponse aux questions du conseil de la recourante.

- Un courrier médical du 29 novembre 2012 adressé au conseil de la recourante par le Dr M. _____. Ce spécialiste mentionnait une récupération post-opératoire partielle du genou droit à un an post-prothèse totale ainsi qu'une gonarthrose gauche avec une seconde intervention envisagée en automne 2013 au vu d'un décours post-opératoire très laborieux en raison des douleurs initiales. Ce spécialiste indiquait qu'étant donné la gonarthrose gauche plus des difficultés dans sa jambe droite aussi en relation avec son importante surcharge pondérale, la recourante n'était pas en mesure d'exercer une activité professionnelle en position debout, des positions assises prolongées lui étant par ailleurs difficiles compte tenu des douleurs dans son articulation gauche. Il précisait en outre qu'en l'état actuel des tentatives de reconversion professionnelle lui paraissaient illusoire tant que le genou gauche n'aurait pas été opéré.

Au terme d'un avis médical SMR du 8 janvier 2013, le Dr C. _____, spécialiste en néphrologie, a fait les observations suivantes :

“[...] La copie du courrier communiquée à l’OAI par le conseil de l’assurée et qui lui a été adressé à sa demande par le Dr M. _____ (Chirurgie orthopédique FMH [29.11.2012]) fait état :

- d’une récupération post-opératoire partielle au niveau du genou droit à 1 an.
- d’une gonarthrose sévère gauche pour laquelle une intervention serait programmée qu’en automne 2013, compte tenu « *du décours post-opératoire très laborieux* ». L’importante surcharge pondérale contribue lourdement à limiter les capacités actuelles de reprise d’une activité nécessitant le maintien prolongé de positions debout ou assises.

En conclusion :

- l’aggravation de l’état de santé est reconnue depuis le 26.10.2011 et justifie une entrée en matière.
- merci de nous faire parvenir le questionnaire médical AI dûment renseigné par le chirurgien (Dr M. _____). Ce rapport intermédiaire devra détailler pour le genou droit, la date de status ainsi que les limitations fonctionnelles résiduelles et leur éventuel impact pour une activité adaptée.”

Par arrêt du 8 octobre 2013 (CASSO 348/11 - 245/2013), la Cour de céans a rejeté le recours et confirmé la décision attaquée en retenant ce qui suit :

“Finalement, il est établi que l’état des deux genoux de la recourante s’est aggravé probablement au plus tôt le 4 février 2011 (une opération ayant été pratiquée le 26 octobre 2011 par le Dr M. _____), de sorte que le délai de carence d’une année pour lui ouvrir le droit éventuel à la rente (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI) échoit le 4 février 2012. Une nouvelle expertise, demandée par la recourante en instance de recours, n’est pas nécessaire pour statuer. Puisque la décision litigieuse est datée du 1^{er} novembre 2011, elle s’avère en conformité avec l’état de santé de la recourante, respectivement avec l’influence de celui-ci sur le droit éventuel à la rente, à cette date. L’aggravation de l’état de santé mise en évidence pourra être examinée et prise en compte uniquement dans le cadre d’une nouvelle demande de prestations ultérieure, tel que cela est présentement le cas, une telle demande ayant été déposée le 31 juillet 2012 (cf. déterminations de la recourante du 8 avril 2013 et celles de l’OAI du 18 juin 2013).”

C. Les 12 novembre et 1^{er} décembre 2014, le Dr N. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l’appareil locomoteur, a fait part d’une arthroscopie pratiquée le 21 octobre 2014 en raison d’une lésion massive de la coiffe des rotateurs (tendon du sous-scapulaire, du sus- et du sous-épineux) de l’épaule droite. Les limitations

fonctionnelles étaient pas de mouvements répétitifs de l'épaule opérée, ni travail avec le bras au-dessus de la tête ainsi que pour porter des charges. A six semaines d'évolution favorable, ce médecin attestait le maintien d'une totale incapacité de travail depuis l'intervention chirurgicale.

Après avoir requis le point de vue du SMR sur les pièces médicales au dossier (avis du 9 février 2015), l'OAI a confié une expertise pluridisciplinaire (orthopédique, psychiatrique, de médecine interne générale et rhumatologique) au Centre d'expertises médicales P._____ SA, à [...]. Effectuée par les Drs V.V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, J.J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, T.T._____, spécialiste en médecine interne générale, et L.L._____, spécialiste en rhumatologie, l'expertise se fonde sur des examens cliniques pratiqués les 6, 16 septembre et 28 octobre 2016, ainsi que sur le dossier médical mis à la disposition des experts. Déposé le 5 décembre 2016, leur rapport retient, sur la base de leur analyse, les diagnostics suivants :

"D. DIAGNOSTICS ET SYNTHÈSE DE TOUTES LES DISCIPLINES ÉVALUÉES SELON LE CONSENSUS DU 14.11.2016 (LES EXPERTISES COMPLÈTES SE TROUVENT EN ANNEXE)

1. Diagnostics avec incidence sur la capacité de travail (dernière activité)

Status après opération arthroscopique épaule droite en 2015 pour rupture transfixiante du tendon du sus-épineux (accident du 22.05.2003).

Altération dégénérative lombaire : discopathie lombaire basse, sévère en L4-L5 et L5-S1, spondylarthrose et arthrose postérieure pluri-étagée.

Altération dégénérative cervicale prédominant en C5-C6, C6-C7, arthrose postérieure et uncarthrose.

F45.4 Syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10) (posé dans le rapport du 30.03.2004 par la Clinique romande de réadaptation à Sion).

F45.4 Trouble douloureux (307.89), trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale.

2. Diagnostics sans incidence sur la capacité de travail (dernière activité)

Douleurs épaule gauche.

Status après implantation d'une prothèse totale aux deux genoux (2011 à droite, et 2013 à gauche).

HTA [hypertension artérielle].

Diabète insulino-requérant.

Hypercholestérolémie

Obésité (BMI [Body Mass Index] 47.56).”

Dans l'expertise orthopédique, il est constaté que si la capacité de travail est nulle comme aide-peintre en raison de la lésion du sus-épineux, elle demeure toutefois possible et exigible à 100 % dans une activité adaptée exercée en position assise, avec la possibilité de se lever régulièrement pour dérouiller les membres inférieurs. Elle est par ailleurs tenue comme au moins partielle en tant que ménagère. En raison du comportement de l'assurée durant l'examen, laquelle ne semblait « actuellement pas prête à vouloir changer quoi que ce soit à la situation actuelle, soit ne rien faire du tout », le pronostic reste mauvais.

Du point de vue de l'expertise de médecine interne, il est fait part d'un profil d'effort normal, mis à part l'obésité de l'expertisée présentant une fatigabilité accrue et un essoufflement à l'effort. Dans ce contexte ainsi qu'en présence d'une hypertension artérielle, d'un diabète de type II insulino-requérant et d'une hypercholestérolémie, il est constaté une capacité de travail entière en toute activité y compris celle habituelle. Le pronostic est bon sans limitations fonctionnelles, le problème principal étant l'épaule droite et le manque de force au niveau des membres inférieurs sur les problèmes orthopédiques ainsi que l'obésité handicapant les déplacements.

Selon l'expertise psychiatrique, les troubles psychiques décrits et actuels de l'expertisée (fatigue, tristesse, troubles du sommeil et de l'endormissement, réveils nocturnes, somnolence diurne, trouble de la vigilance et ralentissement psychomoteur) sont également des limitations fonctionnelles. La capacité de travail dans une activité du marché

économique libre et dans une activité adaptée du point de vue purement psychiatrique est d'environ 50 %. Les capacités d'effort de l'expertisée sont limitées en rapport avec l'atteinte globale de la santé, les facteurs du contexte social et la position de l'assurée.

Suivant l'expertise rhumatologique, l'analyse rétrospective de la capacité de travail dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles retenues (*position assise, position debout pour de courts moments, sans se pencher en avant, les mains devant rester à hauteur de table ou d'établi, pas de position à genoux ni accroupie, pas de montée d'échelle ou d'escaliers, pas de rotations en position assise et port de charge jusqu'à trois kilos*) met en évidence la possibilité d'exercer une activité légère, permettant l'alternance des positions. Toutefois, l'importance du déconditionnement physique actuel de l'assurée, ainsi que l'impact fonctionnel de l'obésité sont des facteurs à ne pas minimiser, diminuant l'endurance, l'aisance et la rapidité de certains mouvements, donc les rendements. Tenant compte de l'ensemble de ces éléments, la capacité de travail est évaluée à 50 %. Le pronostic n'est pas favorable à l'expertisée, et son attitude ne contribue pas à améliorer sa pathologie articulaire dégénérative ; peu combative depuis le début de ses problèmes, elle garde une attitude passive, peu engagée dans l'évolution des choses, tant du point de vue médical que d'un point de vue personnel. L'évolution du poids corporel, en aggravation, est un élément supplémentaire parlant dans le même sens. A cela s'ajoute le manque d'adaptation de l'intéressée, comme en atteste son intégration en Suisse, son bagage scolaire minimal, ce qui diminue encore plus la possibilité d'accès à une activité dans le milieu économique.

Invité à se prononcer par le biais d'un complément d'expertise, le Dr G.G._____, spécialiste en médecine interne générale, a répondu à l'OAI le 22 février 2017 comme il suit :

“Nous nous référons à votre courrier du 12.01.2017 demandant des précisions, suite à notre expertise du 05.12.2016, ainsi qu'à votre lettre du 03.02.2017, avec la lettre de Me Olivier Carré du 01.02.2017, accompagnée des lettres du Dr N._____ du 02.09.2013 et du 12.11.2014, de la lettre du Dr L._____, médecine

du sport, du 08.11.2014, et des lettres du Dr M. _____ du 22.03.2013, du 20.05.2014, du 12.05.2016 et du 12.01.2017.

Nous allons par la suite répondre à vos questions, mais tout d'abord, j'aimerais préciser quelques points en introduction.

Notre expertise du 05.12.2016 a fait le bilan de la situation de l'assurée lors des examens effectués en septembre et octobre 2016. Sur la base des diagnostics établis, les limitations fonctionnelles et la capacité de travail résiduelle ont été déterminés. Me Carré nous reproche de ne pas avoir pris en considération les opérations effectuées sur les genoux, à droite en 2011, à gauche en 2013, ainsi que sur l'épaule droite en 2014. Il est vrai que nous ne disposons pas de ces rapports opératoires. Ils sont importants, dans la mesure où ils nous donnent les détails des modifications et des améliorations sur le plan anatomo-fonctionnel des articulations en jeu (y compris l'intervention sur la coiffe des rotateurs de l'épaule droite), mais la connaissance de ces détails n'a aucune incidence sur l'évaluation de la CT et des LF, tel que nos experts l'ont faite dans leurs expertises. Le problème de l'assurée se situe sur un autre niveau et il ne faut pas chercher midi à 14h.00 et prendre nos experts comme des incapables, comme le fait Me Carré. Les opérations ont amélioré les conditions articulaires, sans que l'assurée ait modifié son comportement d'un iota ou essayé de fournir un effort pour bénéficier des suites de ces interventions.

Elle a décidé, comme le démontre le dossier déjà avant 2012, consciemment ou inconsciemment, de ne plus (pouvoir/vouloir) travailler sous les ordres de son mari ou ailleurs. Elle s'est installée dans une condition matronale, immobile, en cohérence avec les habitudes socioculturelles de son pays d'origine, ce qui lui a fait prendre du poids et l'a menée à un déconditionnement musculaire important.

La musculature humaine est composée de deux types de fibres contractiles A et B. Les fibres A sont actionnelles et les fibres B sont celles qui maintiennent le tonus, la position et la stature. Quand celles-ci ne sont pas utilisées de manière alternée, rythmée, elles se figent, se rétrécissent et diminuent de calibre, si bien que quand elles sont soudainement sollicitées, elles souffrent et réagissent en produisant une douleur. Ceci est le cas chez l'assurée, qui reste assise à longueur de journée et ressent ces douleurs au moindre mouvement, si bien qu'elle les évite au possible, ce qui entretient le cercle vicieux.

La surcharge pondérale (non-invalidante pour l'AI) s'ajoute à ce cercle vicieux et, en plus, avec l'immobilisme décrit, favorise la formation d'œdèmes des membres inférieurs par manque d'activation de la pompe musculaire. Ces œdèmes sont importants, mais ne répondent pas à l'application de semelles orthopédiques, mais répondraient à une mobilisation et un mouvement des jambes et des pieds, de préférence sans chaussures.

Tant que l'assurée restera dans sa position immobile, elle entretiendra ses douleurs, sans chance de les faire évoluer. Les opérations mentionnées par Me Carré n'ont rien changé à cette situation, même en améliorant les conditions anatomiques.

En réponse à vos questions, je peux donc vous confirmer que nos experts ont correctement évalué la situation et que celle-ci ne changera pas sans un effort de la part de l'assurée.

Ainsi, nous pouvons répondre à vos questions de la lettre du 12 janvier 2017 de la manière suivante :

1. *Dans l'axe psychiatrique : peut-on considérer que la situation est inchangée depuis 2004 ?*

On peut considérer que la situation, dans l'axe psychiatrique, est inchangée depuis 2004.

2. *Dans l'axe ostéo-articulaire, le status orthopédique et rhumatologique montrant une amélioration des fonctions des genoux, et une situation stable au niveau de l'épaule droite et des troubles du rachis cervical et lombaire, quels sont les éléments qui motivent une diminution de la capacité de travail dans une activité adaptée par rapport à celle précédemment établie ?*

Du point de vue rhumatologique, des restrictions fonctionnelles décrites dans l'expertise partielle rhumatologique découlent la possibilité d'une activité légère, permettant l'alternance des positions. Toutefois, l'importance du déconditionnement physique actuel de l'assurée, ainsi que l'impact fonctionnel de l'obésité sont des facteurs à ne pas minimiser, diminuant l'endurance, l'aisance et la rapidité de certains mouvements, donc les rendements. Tenant compte de l'ensemble de ces éléments, la capacité de travail est évaluée à 50 %.

Du point de vue orthopédique, je vous renvoie aux explications ci-dessus, ainsi qu'à l'expertise partielle d'orthopédie.

3. *Depuis quand peut-on considérer que la situation post chirurgie est stabilisée pour : le genou gauche, le genou droit et l'épaule droite (intervention genou droit 26.10.2011, genou gauche 23.10.2013, épaule droite 21.10.2014) ?*

On peut considérer que la situation post chirurgie orthopédique est stabilisée à partir de janvier 2015.

Il semble qu'une seule conclusion peut s'imposer : tant que l'expertisée n'aura pas repris son destin en main, notamment en apprenant le français, langue qu'elle ne parle pas alors qu'elle séjourne en Suisse romande depuis le début mars 2003, la situation n'est guère susceptible d'évoluer. Ce n'est pas une nouvelle expertise de la requérante qui risque de donner à la présente situation un éclairage différent."

Quant au Dr V.V._____, il a répondu le 3 mars 2017
comme il suit :

“En complément à votre demande [du] 12.01.2017, je peux vous donner les informations suivantes pour les questions 2 et 3.

1. *Dans l'axe psychiatrique : Peut-on considérer que la situation est inchangée depuis 2004 ?*

Voir la lettre du 22 février 2017.

2. *Dans l'axe ostéo-articulaire, le status orthopédique et rhumatologique montrant une amélioration des fonctions des genoux, et une situation stable au niveau de l'épaule droite et des troubles du rachis cervical et lombaire, quels sont les éléments qui motivent une diminution de la capacité de travail dans une activité adaptée par rapport à celle précédemment établie ?*

Du point orthopédique, la capacité de travail dans une activité adaptée est évaluée à 100%. Voir épiscrise de l'expertise orthopédique page 27 et l'analyse rétrospective de la capacité de travail dans une activité adaptée de l'expertise orthopédique page 28.

En tant qu'auteur de la synthèse de cette expertise, la capacité de travail dans une activité adaptée a été évaluée à 50% par consensus pluridisciplinaire. En effet, l'expertise psychiatrique concluait à une capacité de travail dans une activité adaptée à environ 50% et l'expertise rhumatologique concluait également [à] la capacité de travail dans une activité adaptée à 50% en tenant compte de l'importance du déconditionnement physique actuel de l'assurée ainsi que de l'impact fonctionnel de l'obésité (BMI à 47,56). Ces facteurs diminuent l'endurance, l'aisance et la rapidité de certains mouvements donc les rendements.

3. *Depuis quand peut-on considérer que la situation post chirurgie est stabilisée pour : le genou gauche, le genou droit et l'épaule droite (intervention genou droit 26.10.2011, genou gauche 23.10.2013, épaule droite 21.10.2014) ?*

Le dernier acte faisant partie du dossier médical AI de l'assurée date du 31.07.2012 et consiste en une demande de prestations à l'AI. Ainsi, en l'absence de données subjectives et de résultats d'examen du suivi médical à la suite de ces trois interventions, l'évaluation de la stabilisation de l'état post chirurgie chez cette assurée est évalué[e] par rapport aux données moyennes reconnues, en tenant compte de la personnalité de l'expertisée. Donc, l'état post chirurgie peut être considéré comme stabilisé après six mois post-op pour chacune de ces trois interventions.”

A l'instar de l'OAI, le conseil de l'assurée a constaté que l'expertise du P. _____ était incomplète et insatisfaisante. Il a alors souhaité la mise en œuvre d'une nouvelle expertise plutôt qu'un complément d'expertise (courrier de Me Carré du 1^{er} février 2017).

Suivant le SMR (avis médical du 18 avril 2017), l'OAI a mis en œuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire (psychiatrique, de médecine interne et orthopédique) avec l'accord de l'assurée (courrier de Me Carré du 8 mai 2017).

La plateforme fédérale SuisseMED@P a désigné à nouveau le P._____. Dans leur rapport déposé le 1^{er} décembre 2017, les Drs X.X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, S.S._____, spécialiste en médecine interne générale, et F.F._____, spécialiste en orthopédie et traumatologie, ont diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, un déficit fonctionnel douloureux de l'épaule droite après suture du tendon du sus-épineux (21.10.2014), un déficit fonctionnel de l'épaule gauche, des lombosciatalgies chroniques (novembre 2007), des cervico-brachialgies chroniques (janvier 2008), une arthrose tibio-astragaliennne du pied droit (janvier 2017) et une arthrose tibio-astragaliennne ainsi que des troubles dégénératifs des deux chevilles (2014). Sans répercussion sur la capacité de travail, ces experts ont posé les diagnostics de status après mise en place d'une prothèse totale du genou droit (26.10.2011), de status après mise en place d'une prothèse totale du genou gauche (23.10.2013) et de syndrome métabolique avec diabète insulino-traité, hypercholestérolémie et hypertension artérielle et obésité avec BMI oscillant autour de 46 kg/m². Dans la rubrique « E. Données personnelles, familiales et socio-professionnelles » de leur rapport, ils ont notamment écrit ce qui suit :

“Scolarité / Formation professionnelle

L'assurée a fait la scolarité jusqu'à l'âge de 15 ans au Kosovo. Ensuite elle a aidé son père à la ferme pendant quatre ans. L'assurée s'est mariée à l'âge de 19 ans et ensuite elle s'est occupée à la maison. Elle arrive en Suisse en [...] ou [...].

Professions occupées

A travaillé en tout et pour tout 3 mois en tant qu'aide peintre-plâtrier dans l'entreprise de son mari, en Suisse, en 2003.
[...]

Vie sociale

L'assurée a un très bon contact avec ses enfants, ses beaux-enfants et ses petits-enfants.

L'assurée dit avoir des amis, elle est visitée par son frère ou ses enfants. Elle se déplace rarement pour voir ses amis, elle dit être très vite nerveuse à cause des douleurs, et recommence à ne pas supporter la discussion. Elle ajoute qu'elle aime être tranquille."

Au moment d'apprécier la situation, les experts ont émis les considérations suivantes (rapport d'expertise du 1^{er} décembre 2017 p. 30 s.) :

"G. SYNTHÈSE ET DISCUSSION

Rappel de l'histoire médicale

En 2003 il a été mis en évidence une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite avec atteinte du sus-épineux. En l'absence d'intervention chirurgicale l'évolution s'est faite 10 ans plus tard sur les contrôles IRM vers une dégénérescence musculaire et une limitation importante de la mobilité articulaire de cette épaule. En octobre 2014 une arthroscopie a été réalisée, les suites en sont favorables selon son chirurgien traitant mais le résultat fonctionnel ce jour est moyen. On retient l'influence négative du diabète sur la cicatrisation des tissus mous et sur le fait qu'il s'agissait d'une très ancienne rupture de la coiffe avec involution graisseuse.

Elle a bénéficié d'une arthroplastie totale du genou droit le 26.10.2011 et en 23.10.2013 du côté gauche pour une gonarthrose dégénérative bilatérale. On constate la persistance d'une limitation de la flexion à ce jour mais l'extension est complète. Le bilan radiologique ne montre pas de signe de descellement des implants.

On constate ce jour une tendinite de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche.

Il existe un œdème des deux chevilles avec des douleurs rapportées qui sont en rapport avec une arthrose globale.

Il existe une arthrose dégénérative du rachis cervical et des lombalgies en rapport avec des discopathies étagées au niveau du rachis lombaire. On ne constate pas de sciatalgie à l'examen de ce jour.

Situation actuelle et conclusions

Sur le plan de la médecine interne

L'assurée présente, sur le plan de la médecine interne, une hypertension artérielle traitée, une hypercholestérolémie traitée, un diabète insulino-requérant et une obésité morbide. Ces quatre diagnostics n'ont aucune incidence sur la capacité de travail, ni en ce qui concerne l'activité professionnelle habituelle (aide peintre-plâtrier), ni en ce qui concerne une activité adaptée. Quant à l'obésité, l'assurée nous dit avoir eu pesé entre 90 et 95 kg en 2003 (avant son accident), elle pesait 130 kg en octobre 2016, et 125 kg lors de cette expertise. Il s'agit d'une obésité exogène, et c'est à

partir d'environ 2008 (selon l'assurée) qu'elle aurait commencé à prendre du poids. Cela correspond avec le début des gonalgies bilatérales (2007), et c'est à partir de ce moment-là que l'assurée ne pouvait plus se déplacer comme auparavant pour cause de douleurs au niveau des deux membres inférieurs. Là-dessus se sont encore ajoutées des lombalgies basses, autre raison pour ne plus bouger suffisamment afin d'activer son métabolisme. Finalement, les douleurs (d'apparition récente) au niveau de sa cheville-pied gauche n'aident pas non plus quant à la mobilité de l'assurée. Les seules limitations fonctionnelles du point de vue de médecine interne générale sont donc dues à son obésité morbide : grande fatigabilité, difficultés de déplacements rapides, difficultés de déplacements en pente (surtout en montée), difficultés de se pencher en avant. L'obésité n'est pas retenue comme diagnostic invalidant par la LAI. La capacité de travail est entière du point de vue de l'interniste, dans toute activité.

Sur le plan orthopédique

La demande du SMR porte sur l'aggravation de l'état de santé depuis février 2011.

L'évolution de l'état de santé a été la suivante :

26.10.2011 mise en place d'une prothèse totale du genou droite

23.10.2013 mise en place d'une prothèse totale du genou gauche

2014 arthrose de la cheville gauche

21.10.2014 révision de l'épaule droite par voie arthroscopique

2017 infiltration des chevilles

L'état de santé de l'assurée s'est modifié par la mise en place des deux prothèses de genou, qui ont amélioré la situation en permettant la diminution des douleurs.

En 2014 est apparu le diagnostic d'arthrose de la cheville gauche puis droite, traitée par infiltrations et chaussures orthopédiques spéciales, et en octobre de la même année, une révision chirurgicale de l'épaule droite.

En 2014 il y a eu une révision arthroscopie de l'épaule droite pour une lésion massive de la coiffe des rotateurs avec désinsertion étendue du sous-scapulaire et une rupture ancienne du sus-épineux comme le témoigne l'involution graisseuse de stade II. On constate un résultat fonctionnel moyen mais une diminution des douleurs. Il n'y a pas de nécessité de multiplier les examens et pratiquer de nouveau bilan à ce niveau, le résultat clinique étant fixé. Au vu de la mobilité constatée il n'y a pas de nécessité de nouvelle intervention à type de prothèse inversée d'épaule.

Aucune de ces interventions n'a occasionné d'incapacité de travail médico-théorique durable au-delà de six mois post-opératoires. En effet, l'état du genou droit opéré le 26.10.2011, du genou gauche opéré le 23.10.2013 et l'épaule droite opérée le 21.10.2014 était stabilisé six mois après l'intervention. Le fait qu'il est stabilisé

signifie qu'aucune amélioration supplémentaire n'est à attendre, et non pas que la fonction est parfaitement normalisée.

Lors de la présente expertise on constate un déficit fonctionnel douloureux de l'épaule gauche. Une intervention chirurgicale a été proposée mais fut déclinée par l'assurée.

La position assise ne pose pas de problèmes contrairement à ce que Me Olivier Carré a allégué car l'assurée [a] parfaitement maintenu la position assise durant l'expertise et qu'elle dit être aussi principalement assise à son domicile.

Les douleurs de la cheville droite ont été améliorées par une infiltration récente qui pourra être renouvelée si nécessaire.

En comparaison à l'état de février 2011, la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée n'a pas subi de détérioration objective mais de nouvelles limitations fonctionnelles s'y sont ajoutées.

Les limitations fonctionnelles retenues sont

- en position assise, tout en permettant de courts déplacements, sans se pencher en avant de façon répétée, avec de façon idéale les avant-bras reposant sur un support, sans travaux au-dessus du plan des épaules avec de façon idéale les avant-bras reposant sur un support
- sans devoir monter une échelle ou dans des escaliers,
- avec un port de charges jusqu'à 3 kg ;
- ne pas s'agenouiller ni s'accroupir.

Nous rejoignons en cela les constatations de la précédente expertise pluridisciplinaire de 2016 et aboutissons à la constatation que la capacité dans une activité adaptée reste de 100% depuis février 2011 sans baisse de rendement.

Sur le plan psychique

[3. STATUS PSYCHIATRIQUE

Le status psychiatrique est basé sur la CIDI 2.1 (composite international diagnostic interview), entretien structuré, édition de 1996 de l'Organisation Mondiale de la Santé. Le CIDI se base sur 14 sections (de A à X) et il est utilisé pour la CIM 10.

L'assurée a été amenée par son mari en voiture. Tenue et hygiène soignées. L'assurée est adéquate, cohérente, collaborante avec l'interprète et l'examineur.

Absence de trouble de l'attention, de la concentration, discrets troubles de la mémoire en ce qui concerne les dates. Par moment elle est somnolente, mais surtout, elle met les douleurs en avant, presque à chaque question. L'assurée présente quelques pleurs liés au décès de son père, mais la naissance de son petit-fils il y a deux semaines l'a soulagée un peu.

Pas de symptomatologie psychotique mise en évidence (idées de persécution, de référence ou d'interprétation). Absence d'hallucinations auditives.

Pas de tristesse apparente ou exprimée, l'assurée présente un visage « douloureux ». L'assurée ne décrit pas de pleurs spontanés. L'assurée dit se sentir « inutile, très mal » à cause des douleurs. Elle se demande pourquoi elle est malade. En ce qui concerne l'avenir, elle espère que ce sera mieux, donc, absence de sentiment de désespoir. Pas de sentiment de culpabilité mis en évidence. Absence d'idées suicidaires, toutefois elle peut se dire que ça ne vaut pas la peine de vivre.

Pas de trouble anxieux mis en évidence ou décrit (phobie, trouble obsessionnel compulsif, attaque de panique).]

Suite à un accident en 2003, l'assurée a présenté différents troubles de l'appareil locomoteur, motif pour lesquels, une « nervosité » est apparue et ayant été adressée chez le Dr Z._____, psychiatre FMH, une psychothérapie déléguée avec un psychologue a été mise en place à raison d'une fréquence d'une fois par mois pendant une année. L'assurée n'a pas reçu de traitement psychopharmacologique. Ainsi, une pathologie psychiatrique ayant des répercussions sur la capacité de travail n'est pas mise en évidence, ni par l'anamnèse, ni par le status psychiatrique de ce jour.

En ce qui concerne l'examen bidisciplinaire au SMR du 25.02.2008, fait par le Dr X._____, rhumatologue FMH et la Dre S._____, psychiatre FMH, le seul diagnostic psychiatrique retenu, sans répercussion sur la capacité de travail, était une *Majoration des symptômes, F68.0*. Etant donné la multitude de problèmes somatiques, ce diagnostic n'est pas retenu lors de l'expertise de ce jour.

En ce qui concerne les troubles spécifiques de la personnalité, l'examen de ce jour ne permet pas de retenir les critères correspondants à une personnalité particulière selon la CIM 10.

[...]

VI. CAPACITE DE TRAVAIL

1. Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Une incapacité de travail de 100% a été reconnue fin 2003 dans le métier d'aide plâtrier. Ce taux ne s'est pas modifié depuis. Dans une activité adaptée, il a été reconnu une capacité de travail entière le 28.03.2008, date de la décision de l'OAI.

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

Le 13.11.2007 le Dr L._____ retient le diagnostic de lombosciatalgies droites sur discopathies L5-S1 et le 15.01.2008 l'IRM montre une cervicarthrose sur rétrécissement du trou de conjugaison droit en C6-C7 et uncarthrose. Depuis le 13.11.2007 il

convient de retenir les limitations fonctionnelles suivantes : en position assise, tout en permettant de courts déplacements, sans se pencher en avant de façon répétée, avec de façon idéale les avant-bras reposant sur un support, et sans travaux au-dessus du plan des épaules.

Le 26.10.2011 suite à la mise en place de la prothèse totale du genou droit il s'ajoute la limitation fonctionnelle ne pas pouvoir s'agenouiller. La mise en place en 23.10.2013 [de la] prothèse totale du genou gauche n'ajoute aucune nouvelle limitation.

En 2014 suite à l'apparition d'une arthrose de la cheville gauche, le périmètre de marche se rétrécit et l'assurée doit privilégier les travaux en position assise, permettant de se relever à sa guise.

En 2015 la révision de l'épaule droite par voie arthroscopique ne modifie pas le profil d'exigibilité de l'assurée.

En 2016 et 2017 l'arthrose des chevilles progresse, nécessitant des infiltrations des chevilles. Ceci ne modifie pas le profil des limitations fonctionnelles.

On retient en conclusion une capacité résiduelle de travail entière dans une activité adaptée. [...]"

Dans un avis médical du 5 avril 2018, la Dre D.D. _____, du SMR, a fait le point suivant de la situation :

"[...] Les experts retiennent différents problèmes ostéo-articulaires comme ayant un effet sur la CT : déficit fonctionnel douloureux, de l'épaule dr. après suture du tendon du sus-épineux, déficit fonctionnel douloureux de l'épaule g, lombosciatalgies chroniques, arthrose des chevilles. Ces atteintes limitent la mobilité de certains mouvements. Dans une activité en position assise, tout en permettant de courts déplacement[s], sans se pencher en avant de façon répété, avec de façon idéal[e] les avant-bras reposant sur un support et sans travaux au-dessus du plan des épaules, sans port de charge[s] de plus de 3 kg, sans devoir monter une échelle ou dans des escaliers et pas de nécessité de s'agenouiller ou de s'accroupir, une activité adaptée est possible à 100% depuis février [20]11. Du point de vue psychiatrique et de la médecine interne il n'y a aucune atteinte à la santé avec effet sur la CT.

La mise en place des prothèses de genoux (26.10.11 à dr. et 23.10.13 à g.) et l'opération de l'épaule le 21.10.14 ont entraîné des IT ponctuelles de tout au plus 6 mois, par la suite les situations étaient stabilisées. [...]"

Par projet de décision du 9 avril 2018, l'OAI a fait part au conseil de l'assurée de son intention de rejeter sa nouvelle demande de prestations. Ses constatations étaient les suivantes :

“Pour des raisons de santé, Mme E. _____ présente une incapacité de travail, sans interruption notable, depuis le 4 février 2011. C’est à partir de cette date qu’est fixé le début du délai d’attente d’une année prévu par l’article 28 LAI.

A l’échéance du délai en question, soit le 4 février 2012 et après examen des pièces médicales en notre possession, force est de constater que sa capacité de travail est nulle dans son activité habituelle.

Toutefois, une capacité de travail de 100% est toujours raisonnablement exigible d’elle dans une activité adaptée à son état de santé et respectant ses limitations fonctionnelles. Des nouvelles limitations s’y sont ajoutées (en position assise, tout en permettant de courts déplacements, sans se pencher en avant de façon répétée, avec les avant-bras reposant sur un support, sans travaux au-dessus du plan des épaules, sans devoir monter une échelle ou dans des escaliers, port de charges supérieur à 3kg, pas de position agenouillée ou accroupie).

Pour déterminer son préjudice économique, il convient de comparer le revenu qu’elle aurait pu prétendre en bonne santé, soit CHF 55'458.63 (revenu retenu dans notre décision du 25.08.2008 et indexé en 2011) avec celui réalisable avec atteinte à la santé.

[...]

En l’occurrence, le salaire que peut percevoir une femme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services est de CHF 53'367.66 à 100% et en 2011.

Par ailleurs, ses limitations fonctionnelles justifient d’appliquer un abattement de 15% sur le salaire statistique précité. Son revenu d’invalidé est donc de CHF 45'362.51.

Comparaison des revenus :

sans invalidité	CHF	55'458.53	
avec invalidité	CHF	45'362.51	
La perte de gain s’élève à	CHF		10'096.02 = un degré d’invalidité de 18.20%

Un préjudice économique inférieur à 40% ne donne pas de droit à la rente.”

Dans le cadre des objections de l’assurée sur ce projet de refus de prestations, l’OAI s’est vu remettre un courrier médical du 17 mai 2018 du Dr M. _____ à l’intention de Me Carré, dont on extrait en particulier ce qui suit :

“[...] Elle [l’assurée] ne maîtrise d’une part pas la langue française suffisamment pour songer à un travail assis, de type intellectuel. Un travail assis à prédominance manuelle nous paraît impossible en raison de l’atteinte des épaules.

Les thérapies qui pourraient être apportées à cette patiente au niveau de l'épaule gauche n'auront vraisemblablement qu'un effet antalgique partiel, ce qui permettra quand même de soulager la patiente dans la vie quotidienne, mais n'aura vraisemblablement pas d'incidence sur une hypothétique capacité de travail.

A cela s'ajoute le problème du diabète qui génère des périodes très variables de sa capacité d'attention et, globalement, participe à un état d'adynamie qui fait que cette patiente n'arrive même plus à assumer les tâches ménagères et impose la présence quasi constante de son mari. Dans ces conditions, bien que les éléments de l'expertise pris isolément ne soient pas contestables, les conclusions laissent penser que les experts n'ont pas regroupé, ni additionné les différentes pathologies dont elle souffre et qui, encore une fois répétons-le, touchent tant les membres inférieurs que les membres supérieurs.

Les éléments qui n'ont pas été tellement pris en compte sont les aspects inflammatoires des chevilles et des arrières-pieds qui sont certes variables d'un moment à l'autre, mais que j'ai observé[s] depuis 2 ans très régulièrement lors des consultations. Malheureusement les infiltrations n'apportent qu'une amélioration très temporaire. Une chirurgie de type synovectomie dans les gaines tendineuses est à mon avis hors de propos dans le contexte qu'elle présente. Il faut malheureusement s'attendre avec le temps à une aggravation de l'état de ses arrières-pieds.

L'élément nouveau est la péjoration de l'épaule gauche avec, sur les derniers examens effectués, objectivement, une déchirure massive de la coiffe des rotateurs sur altérations tendineuses dégénératives. Là une chirurgie peut être considérée pour aider à traiter la douleur, mais sur le plan fonctionnel le résultat restera vraisemblablement assez pauvre. [...]"

En annexe à ce courrier étaient joints :

- Un rapport du 16 mars 2018 relatif à l'IRM de l'épaule gauche de l'assurée effectuée auprès du Centre d'imagerie de [...] qui se termine comme suit :

"Déchirure quasi complète de l'insertion du tendon du sus-épineux. Tendinopathie du sous-scapulaire. Clivages intra[-]tendineux du sous-épineux. Kyste mucoïde voire séquelle de clivage intra[-]tendineux du sous-scapulaire proximal. Atrophie musculaire modérée du sus-épineux et sous-épineux. Epanchement articulaire avec synovite. Bursite sous-acromio-delhoïdienne. Os acromial avec signe de conflit."

- Un protocole d'examen du 17 mai 2018 au Dr B.B. _____, spécialiste en anesthésiologie et en médecine du sport, dans lequel le Dr M. _____ a notamment fait part de ce qui suit :

“[...] Par ailleurs, elle a toujours des douleurs dans les chevilles, prédominant actuellement à gauche. Des examens IRM avaient montré des inflammations articulaires et ténosynoviales. Vu la sévérité de la clinique, j’ai refait un BILAN RX STANDARD qui montre des altérations arthrosiques qui restent modérées tant en tibio-astragalien que dans le Chopart. Je pense qu’à ce niveau, pour l’instant, il faut rester conservateur et observer l’évolution radiologique de ces articulations. La surcharge pondérale intervient de façon assez importante dans cette situation. Le dialogue avec la patiente elle-même est difficile et c’est surtout par l’intermédiaire du mari que des renseignements peuvent être obtenus. Il semble qu’elle est quand même devenue très sédentaire. Il semble aussi que le diabète soit assez difficile à stabiliser. Dans ce contexte, il paraît possible aussi, malgré l’âge encore relativement jeune de la patiente, de songer à une chirurgie bariatrique qui, éventuellement, permettrait de réduire assez massivement la surcharge pondérale. [...]”

L’assurée, par son conseil, a encore remis à l’OAI un rapport du 5 décembre 2018 aux termes duquel le Dr G._____ a critiqué les détails du rapport d’expertise de décembre 2017. A ses yeux, les experts ont pris en compte les restrictions fonctionnelles dans une activité adaptée (et non dans une « activité professionnelle dans une économie de marché »). Ce médecin mentionne certains diagnostics (apnée du sommeil et syndrome d’hyperlaxité ligamentaire) qui n’ont pas été discutés, s’interroge sur la nécessité du recours éventuel à la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), reproche aux experts de ne pas avoir pris en compte son avis et de ne pas avoir tenu compte pour leur évaluation de la capacité de travail d’une « approche [adéquate, complexe,] multidisciplinaire au [très] long cours, visant à corriger les problèmes de l’obésité, travailler sur la kinésiophobie, récupérer l’endurance cardio-vasculaire déficiente, modérer le syndrome de déconditionnement et influencer positivement un phénomène de sensibilisation centrale de la douleur ». Le Dr G._____ suggère en somme « des examens complémentaires et une prise en compte dans l’évaluation de l’exigibilité professionnelle résiduelle, qui est actuellement nul[le] en l’état, mais susceptible de s’améliorer avec un traitement conduit correctement ».

Aux termes d’un avis du 15 février 2019, la Dre D.D._____, du SMR, s’est exprimée comme suit sur la contestation de l’assurée :

“Assurée de 55 ans sans formation professionnelle, qui a travaillé 3 mois dans l’entreprise du mari et qui suite à une rupture accidentelle du muscle supraépineux dr. le 22.5.03, présente une IT de 100% dans l’activité d’aide plâtrier-peintre, mais conserve une CT de 100% en toute autre activité. Des nouvelles demandes de prestation AI sont déposées (voir avis SMR du 18.4.17), l’actuelle est la 3^{ème} et a fait l’objet d’une 1^{ère} expertise P. _____ en septembre-octobre 16. Celle-ci retient l’importance du déconditionnement physique et l’impact de l’obésité comme diminuant la CT. L’absence d’objectivité motive une nouvelle expertise, qui est réalisée en juillet 17, chez P. _____, avec des examinateurs différents de la précédente.

Les atteintes ayant un effet sur la CT sont d’ordre ostéo-articulaires au niveau des épaules, de la colonne, des genoux (prothèse des genoux à D en 2012 et à G en 2013) et des chevilles-talons (voir avis SMR du 5.4.18).

Par l’intermédiaire de son avocat, l’assurée nous fait parvenir l’interprétation du Dr G. _____ concernant la lecture des expertises des 6.12.16 et 1.12.17.

Le RM du Dr M. _____, orthopédiste du 17.5.18 n’apporte pas d’élément clinique nouveau. Il mentionne les douleurs de l’épaule G, en précisant qu’une opération de l’épaule serait à titre antalgique mais sans effet sur le plan fonctionnel. Les douleurs au niveau des talons / chevilles sont quant à elles présentes depuis 2014 - 2016.

Conclusion : Aucun élément clinique médical objectif est avancé venant modifier les conclusions des experts.”

Par décision du 19 février 2019, l’OAI a rejeté la demande de prestations de l’assurée, pour les mêmes motifs que ceux exposés dans le projet du 9 avril 2018.

D. Par acte déposé le 27 mars 2019, E. _____, représentée par Me Olivier Carré, a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et à l’octroi de prestations d’invalidité. Subsidièrement, elle conclut à l’annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l’OAI pour nouvelle instruction et/ou nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, elle reproche à l’office intimé d’avoir mal instruit son cas sur le plan médical, contestant la valeur probante de la seconde expertise confiée au P. _____ en lui opposant les avis de ses médecins traitants invoquant l’incidence de son obésité en termes d’exigibilité. Ce faisant, elle réfute la capacité de travail entière retenue dans des activités

adaptées à son handicap depuis le 4 février 2012. Les arguments développés par la recourante à l'appui de son acte seront repris ci-après dans la mesure utile pour la discussion de la solution au présent litige. A titre de mesure d'instruction, elle requiert la mise en œuvre d'une nouvelle expertise par l'autorité judiciaire.

Dans sa réponse du 11 juin 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il relève le caractère probant du rapport d'expertise médicale du P._____ du 1^{er} décembre 2017, estimant que les arguments de la recourante auxquels il a déjà répondu ne sont pas de nature à modifier sa position.

Aux termes de ses déterminations du 1^{er} juillet 2019, la recourante a derechef conclu au rejet du recours. Elle reproche encore à l'intimé de mettre en œuvre « autant d'expertises qu'il en faut pour en trouver une qui autorise le refus ou la limitation des prestations ».

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. La contestation porte en l'espèce sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur l'appréciation du degré d'invalidité propre à fonder cette prestation. Ce litige s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations.

3. a) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande comme en l'espèce, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, 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 consid. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui

prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

c) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

d) 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.

Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

e) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé

de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

f) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 exprimées par 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 ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

4. En l'occurrence, la recourante conteste l'évaluation de son état de santé par l'office intimé et présenter une capacité de travail totale dans une activité adaptée depuis mars 2012 telle que prise en compte par l'intimé dans sa décision. Elle fait valoir, pour sa part, que les documents produits dans le cadre de sa nouvelle demande attestent une pénétration notable de son état de santé (en particulier aux plans de la médecine interne et orthopédique), insistant sur le fait que l'intimé n'aurait à tort pas tenu compte des répercussions de l'obésité sur sa capacité de travail résiduelle. A ses yeux, son état de santé justifie désormais l'octroi en sa faveur de la rente d'invalidité.

5. a) Selon la jurisprudence, dans le cadre d'une révision de rente au sens de l'art. 17 LPGA, c'est 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, qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité (cf. ATF 133 V 108 consid. 5). Il convient par conséquent de comparer la situation telle qu'elle se présentait au moment de la décision initiale du 25 août 2008 avec celle existant au moment de la décision du 19 février 2019.

b) Dans sa décision de refus de rente d'août 2008, l'OAI avait, sur la base de ses investigations médicales, retenu que si l'activité habituelle d'aide peintre n'était plus exigible de la part de l'assurée, une pleine capacité de travail demeurerait raisonnablement exigible dès mars 2004 (précisément depuis la sortie de la CRR) dans une activité adaptée (*physiquement légère, à hauteur de table ou d'établi, alternance des positions, pas de travail en position statique prolongée*). De la comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPGA, découlait la prise en compte d'un degré d'invalidité de 12.40 % insuffisant pour ouvrir le droit à la rente.

c) A l'appui de sa dernière demande, la recourante a rendu plausible une aggravation de l'état de santé depuis le 4 février 2011, soit

la date du rapport radiologique du Dr I._____ faisant état d'une gonarthrose sévère des deux genoux entraînant une incapacité de travail totale dans toute activité, ce qui a conduit l'OAI à entrer en matière et mettre en œuvre de deux expertises pluridisciplinaires successives confiées via la plateforme fédérale SuisseMED@P au Centre d'expertises médicales P._____ SA. Sur la base du second rapport d'expertise déposé le 1^{er} décembre 2017, l'OAI a conclu qu'à l'échéance du délai légal d'attente d'une année, soit le 4 février 2012, la capacité de travail l'assurée demeurait entière dans une activité adaptée à ses limitations somatiques objectives (*en position assise, tout en permettant de courts déplacements, sans se pencher en avant de façon répétée, avec les avant-bras reposant sur un support, sans travaux au-dessus du plan des épaules, sans devoir monter une échelle ou dans des escaliers, pas de port de charges supérieur à 3kg, ni de position agenouillée ou accroupie*). Après comparaison selon l'art. 16 LPGA, il en résulte un degré d'invalidité de 18.20 % toujours insuffisant pour ouvrir le droit à la rente.

Comme on le verra ci-après, les experts ont pris en compte le tableau clinique présenté par la recourante à l'aune des éléments au dossier et ont correctement évalué sa capacité de travail résiduelle malgré l'importance du déconditionnement physique et l'impact de l'obésité affectant celle-ci.

Il convient de rappeler que selon la jurisprudence, l'obésité ne peut être constitutive d'invalidité que si l'excédent de poids a provoqué une atteinte à la santé ou s'il est lui-même la conséquence d'un trouble de la santé et qu'ainsi, la capacité de gain est sensiblement réduite et ne peut être augmentée de façon importante par des mesures raisonnablement exigibles (TF 9C_49/2019 du 3 mai 2019 consid. 5.3 et la référence citée).

En l'espèce, il ressort des différentes expertises du P._____ que les opérations ont amélioré les conditions articulaires. Dans leur complément des 22 février et 3 mars 2017, les experts du premier rapport du P._____ relèvent que l'assurée n'a pas modifié son comportement

d'un iota ou essayé de fournir un effort pour bénéficier des suites de ces interventions. Elle a décidé, comme le démontre le dossier déjà avant 2012, consciemment ou inconsciemment, de ne plus (pouvoir/vouloir) travailler sous les ordres de son mari ou ailleurs. Selon les experts, elle s'est installée dans une condition matronale, immobile, ce qui lui a fait prendre du poids et l'a menée à un déconditionnement musculaire important. La surcharge pondérale s'ajoute à ce cercle vicieux et, en plus, avec l'immobilisme décrit, favorise la formation d'œdèmes des membres inférieurs par manque d'activation de la pompe musculaire. Ces œdèmes sont importants, ne répondent pas à l'application de semelles orthopédiques, mais répondraient à une mobilisation et un mouvement des jambes et des pieds, de préférence sans chaussures. Tant que l'assurée restera dans sa position immobile, elle entretiendra ses douleurs, sans chance de les faire évoluer. Du point de vue rhumatologique, des restrictions fonctionnelles décrites dans l'expertise partielle rhumatologique découlent la possibilité d'une activité légère, permettant l'alternance des positions. Toutefois, l'importance du déconditionnement physique actuel de l'assurée, ainsi que l'impact fonctionnel de l'obésité sont des facteurs à ne pas minimiser, diminuant l'endurance, l'aisance et la rapidité de certains mouvements, donc les rendements. Tenant compte de l'ensemble de ces éléments, la capacité de travail est évaluée à 50 %. Il semble qu'une seule conclusion peut s'imposer : tant que l'expertisée n'aura pas pris son destin en main, notamment en apprenant le français, langue qu'elle ne parle pas alors qu'elle séjourne en Suisse romande depuis le début mars 2003, la situation n'est guère susceptible d'évoluer. A dire d'experts, ce n'est pas une nouvelle expertise de la requérante qui risque de donner à la présente situation un éclairage différent. Force est de constater que pour fixer la capacité de travail, les premiers experts du P._____ ont dans leur synthèse pris en compte des facteurs non invalidants au sens de l'assurance-invalidité (obésité, déconditionnement, langue française). Pour ce qui est des atteintes ostéo-articulaires, les deux expertises se rejoignent dans leurs appréciations, constatations et conclusions, en retenant une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée. Sur le plan psychique, les troubles décrits et actuels de l'expertisée (fatigue, tristesse, troubles du sommeil et de

l'endormissement, réveils nocturnes, somnolence diurne, trouble de la vigilance et ralentissement psychomoteur) sont également des limitations fonctionnelles. La capacité de travail dans une activité du marché économique libre et dans une activité adaptée du point de vue purement psychiatrique est d'environ 50 %.

On retiendra finalement les conclusions de la seconde expertise du P._____. Dans leur rapport de décembre 2017, les nouveaux experts retiennent différents problèmes ostéo-articulaires comme ayant un effet sur la capacité de travail, à savoir : un déficit fonctionnel douloureux de l'épaule droite après suture du tendon du sus-épineux, un déficit fonctionnel douloureux de l'épaule gauche, des lombosciatalgies et cervico-brachialgies chroniques ainsi qu'une arthrose des chevilles. Ces atteintes limitent la mobilité de certains mouvements. L'exercice d'une activité adaptée en position assise, tout en permettant de courts déplacements, sans se pencher en avant de façon répétée, avec de façon idéale les avant-bras reposant sur un support et sans travaux au-dessus du plan des épaules, sans port de charges de plus de 3kg, sans devoir monter une échelle ou dans des escaliers, ni nécessité de s'agenouiller ou de s'accroupir, est possible à 100 % depuis février 2011. Du point de vue psychiatrique et de la médecine interne, il n'y a aucune atteinte à la santé avec effet sur la capacité de travail. En effet, comme le relevaient les experts précédents dans leur complément d'expertise, l'atteinte psychique n'a pas changé depuis 2004, ce qui a en définitive été confirmé par la seconde expertise. En effet, la description psychique donnée par l'expert psychiatre, le Dr J.J._____, est superposable aux précédentes évaluations. Il retient le trouble somatoforme douloureux comme étant incapacitant bien que la situation est inchangée et sans motiver d'aucune façon les raisons pour lesquelles cette atteinte serait invalidante. Il relève différentes limitations (fatigue, tristesse, troubles du sommeil et de l'endormissement, réveils nocturnes, somnolence diurne, trouble de la vigilance, ralentissement psychomoteur) mais n'explique pas dans quelle mesure ces limitations auraient un effet sur la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée. Il semble davantage justifier la diminution de la capacité de travail sur le plan psychique par les

capacités d'effort limitées de l'assurée en raison de ses atteintes physiques - ce qui ne relève pas de son domaine de compétence - et du contexte social - en particulier la position patriarcale de l'assurée - qui n'est pas un facteur pris en compte par l'assurance-invalidité. Finalement, la mise en place des prothèses de genoux (26 octobre 2011 à droite et 23 octobre 2013 à gauche) ainsi que l'opération de l'épaule droite le 21 octobre 2014 ont entraîné des incapacités de travail ponctuelles de tout au plus six mois.

On ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter des conclusions circonstanciées de cette seconde expertise, étant souligné que le rapport d'expertise pluridisciplinaire (psychiatrique, de médecine interne et orthopédique) du 1^{er} décembre 2017 remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante (cf. consid. 3f supra). Ce rapport est en effet le fruit d'une analyse approfondie du cas, en ce qu'il fait état des plaintes exprimées par la recourante, comporte une anamnèse détaillée et décrit le contexte déterminant. Reposant sur des investigations complètes, ce rapport contient une appréciation claire de la situation par des spécialistes chevronnés dans leur domaine et aboutit à des conclusions médicales minutieusement motivées et exemptes de contradictions. Celles-ci peuvent donc être suivies. On rappellera dans ce contexte que, de son côté, Me Carré souhaitait également une nouvelle expertise (courrier du 1^{er} février 2017) avec pour corollaire que son argumentation voulant que l'OAI mette en œuvre des expertises jusqu'à en obtenir une qui l'autorise à refuser ou limiter des prestations n'est pas pertinente.

En ce qui concerne les éléments justifiant la diminution de la capacité de travail de 50 % retenus lors de la première expertise (à savoir, l'importance du déconditionnement physique et l'impact de l'obésité), la jurisprudence rappelée ci-avant prévoit que ces facteurs ne sont pas invalidants en soi au sens de l'assurance-invalidité. D'une part, il ressort de l'expertise que les médecins n'ont pas retenu l'obésité au sein des atteintes à la santé avec répercussion sur la capacité de travail. Ils ont uniquement indiqué que l'excès de poids a entraîné un

déconditionnement, ce qui est cependant un facteur qui n'est pas pris en compte par l'assurance-invalidité. D'autre part, en vertu de l'obligation de diminuer le dommage résultant de l'invalidité (ATF 113 V 22 consid. 4 et 109 V 25 consid. 3c) - étant rappelé à ce propos que plus la mise à contribution de l'assureur est importante, plus les exigences posées à l'obligation de réduire le dommage devront être sévères ; c'est le cas, par exemple, lorsque la renonciation à des mesures destinées à réduire le dommage conduirait à l'octroi d'une rente ou au reclassement dans une profession entièrement nouvelle (ATF 113 V 22 consid. 4d et les références ; TF 9C_924/2011 du 3 juillet 2012 consid. 5.2 et 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4.2.3 et les références) -, il est exigible de l'assurée qu'elle prenne les mesures pour diminuer son dommage : notamment la mise en place d'un programme pour diminuer son obésité, éventuellement une chirurgie bariatrique, tels que préconisés par ses médecins traitants, le Dr G. _____ en 2010 déjà (rapport du 18 mars 2010 p. 5) et le Dr M. _____ le 17 mai 2018 ; qu'elle se mobilise afin de refaire fonctionner sa musculature et de récupérer une partie de son important déconditionnement ; et qu'elle suive correctement le traitement de son diabète insulino-dépendant.

On rappellera au demeurant que les conséquences des différentes atteintes ostéo-articulaires ainsi que l'obésité ont été prises en compte par les experts dans l'établissement des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail exigible de la part de l'assurée dans une activité adaptée à son handicap (cf. rapport d'expertise du 1^{er} décembre 2017 pp. 31 et 36-37).

Cela étant, la recourante ne fait pas mention d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise ni ne produit de rapports médicaux suffisamment pertinents pour en remettre en cause la valeur probante ou le bien-fondé.

d) Ainsi, à la date de la décision litigieuse du 19 février 2019, l'état de santé de la recourante ne s'est pas modifié depuis la décision de

refus du 25 août 2008 entrée en force, dans une mesure propre à justifier désormais l'octroi en sa faveur de la rente de l'assurance-invalidité.

6. Finalement, il y a lieu d'admettre que l'administration de preuves supplémentaires – en particulier la requête tendant à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise judiciaire pluridisciplinaire – ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent et s'avère par conséquent superflue (appréciation anticipée des preuves : cf. ATF 144 II 427 consid. 3.1.3, 140 I 285 consid. 6.3.1, 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 464 consid. 4a, 122 III 219 consid. 3c, 120 Ib 224 consid. 2b, et 119 V 335 consid. 3c avec la référence).

7. **a)** Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation 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 (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe.

Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**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 19 février 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de E._____.

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 :

- Me Olivier Carré (pour E._____),
- 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 :