

VD_FINDINFO AI 64/15 - 190/2016 vom 25. Juli 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-07-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_64_15_-_190_2016

FR: VD_FINDINFO AI 64/15 - 190/2016 du 25 juillet 2016

IT: VD_FINDINFO AI 64/15 - 190/2016 del 25 luglio 2016

Regeste

NOUVELLE DEMANDE, MESURE D'INSTRUCTION{ASSURANCE SOCIALE},
RENTE D'INVALIDITÉ, LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ,
RÈGLEMENT SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ | 87 al. 2 RAI, 87 al. 3 RAI

Erwägungen

E. 25

juillet 2016 _____ Composition : M. Métral , président MM.
Bidiville et Gutmann, assesseurs Greffier : M. Germond ***** Cause pendante
entre : N. _____ , à Yverdon-les-Bains, recourante, représentée par Procap Suisse
Service juridique, à Bienne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à
Vevey, intimé. _____ Art. 87 al. 2 et 3 RAI E n f a i t : A. N. _____
(ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...] 1955, a déposé une demande de prestations
de l'assurance-invalidité le 17 juin 2002. Dans un rapport du 20 septembre 2002, son
médecin traitant, la Dresse C. _____, généraliste, a posé les diagnostics suivants : “ A.
Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail : - Gastrite aiguë et hernie
hiatale (antécédents de maladie ulcéreuse il y a env. 10 ans), depuis octobre 2001 ; -
Troubles digestifs fonctionnels (douleurs abdominales, ballonnements, constipation) ; - Etat
dépressif larvé ; - Obésité exogène. Diagnostics avec répercussion modeste sur la capacité
de travail : - Lombalgies chroniques sur discopathies L5-S1, env. 1990 ; - Asthme
bronchique lors d'épisodes infectieux ORL ; - Arthropathie des articulations
temporo-mandibulaires ; - Hypotension artérielle arthrostatique ; Diagnostics sans
répercussion sur la capacité de travail : - Status après amputation traumatique des 3 e et 4 e
doigts de la main droite (accident en 1991). ” Par décision du 24 mars 2004, l'Office de
l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a rejeté la
demande de rente de l'assurée. Selon les renseignements récoltés, en particulier au terme
d'un examen bidisciplinaire par les Drs A. _____, psychiatre, et L. _____,
généraliste, tous deux médecins au Service Médical Régional (SMR) de l'AI, aucun
élément médical objectif n'attestait une capacité de travail limitée de l'intéressée. B. Le 2
novembre 2009, l'assurée a déposé une nouvelle demande de rente. Elle renvoyait aux
certificats médicaux déposés à l'appui de sa précédente demande de prestations, en
produisant également les nouveaux documents suivants : - deux certificats des 8 mai et 8
juin 2009 de la Dresse C. _____ attestant une incapacité de travail à 100% de sa patiente
du 8 mai au 8 juillet 2009 ensuite de maladie ; - un certificat du 23 septembre 2009 dans
lequel le Dr M. _____, psychiatre et psychothérapeute FMH, certifiait suivre l'assurée
de manière ambulatoire depuis le 11 février 2009. Elle a également produit la copie de
lettres des 22 avril et 11 mai 2009 relatives à la résiliation de son contrat de travail par
l'entreprise de nettoyage X. _____ à [...]. Elle avait travaillé pour cette entreprise depuis

le 4 juillet 2001. Dans un rapport du 24 décembre 2009, la Dresse C. _____ a posé les diagnostics suivants : “ - Etat dépressif au long cours ; - Lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs, en particulier discopathies L4-L5 et L5-S1 sévères ; - Cervicalgies chroniques sur troubles dégénératifs sévères, maximum au niveau C5-C6 ; - Maladie ulcéreuse (estomac + duodénum) et oesophagite de reflux ; - Asthme bronchique lors d'épisodes infectieux ORL ; - Arthropathie des ATM [articulations temporo-mandibulaires] bilatérale ; - Status après amputation traumatique des 3 e et 4 e doigts de la main droite (1991).” Le médecin traitant retenait une incapacité de travail à 100% à partir du 8 mai 2009 avec un pronostic très réservé sans amélioration en vue. Elle faisait part d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis mars 2009 en raison d'une part, d'une augmentation « sévère » des douleurs rachidiennes chroniques sur troubles dégénératifs malgré les multiples traitements entrepris (physiothérapie, prise régulières d'AINS [anti-inflammatoires non stéroïdiens] et d'antalgiques) et, d'autre part, d'une péjoration également « sévère » de l'état dépressif impliquant un suivi régulier auprès du Dr M. _____ ainsi que par l'infirmier en psychiatrie S. _____ à [...]. Le 20 janvier 2010, l'assurée a indiqué à l'OAI qu'en l'absence d'atteinte à sa santé, elle travaillerait à 100% en tant que nettoyeuse, par nécessité financière. Dans un rapport complété le 26 février 2010 à l'intention de l'OAI, la Dresse C. _____ a précisé sous la rubrique « 1.4 Anamnèse » que l'aggravation des douleurs cervicales et lombaires remontait au début 2009, que l'état dépressif s'était péjoré depuis 2007 et que les troubles dégénératifs étaient aggravés depuis 2008. Le traitement comprenait un suivi psychothérapeutique, de la physiothérapie et la prise de médicaments (AINS et antalgiques). Ce médecin mentionnait toujours une incapacité de travail à 100% dès le 8 mai 2009 dans la profession de nettoyeuse sans qu'une activité adaptée ne soit envisageable compte tenu de l'ensemble des limitations fonctionnelles (à savoir : pas d'activités uniquement en position assise, debout ou dans différentes positions pour une durée supérieure à une heure, pas d'activités principalement en marchant, ou nécessitant de se pencher, de travailler avec les bras au-dessus de la tête, ou nécessitant de se mettre en position accroupie ou à genoux. Il convenait également d'éviter les rotations en position assise ou debout, de soulever ou de porter des charges de plus de 3 à 4 kilos et les montées sur une échelle ou un échafaudage). L'assurée rencontrait en outre des restrictions en lien avec sa capacité de concentration, de compréhension, d'adaptation ainsi que sa résistance. La Dresse C. _____ a joint les pièces et documents suivants : - un rapport du 2 mai 2008 d'une IRM de la colonne cervicale réalisée le 30 avril 2008 par le Dr E. _____, radiologue aux [...] ([...]), dont il ressort les constatations suivantes : “ Conclusions Discret rétrécissement du trou de conjugaison C5-C6 à droite dû à une uncarthrose. Pas de hernie discale visualisée au niveau C6-C7. En C7-D1, on aperçoit un discret débord discal, sans mise en évidence d'une compression radiculaire. ” ; - deux rapports des 16 juin et 6 août 2008 du Dr G. _____, spécialiste en gastro-entérologie FMH, consécutifs respectivement à une coloscopie ainsi qu'une rectoscopie et dont il résulte que les plaintes digestives de l'assurée étaient de nature essentiellement fonctionnelle avec la prescription de suppositoires pour des hémorroïdes internes stade I ; - un rapport du 27 février 2009 du Dr G. _____ relatif à une oesogastroduodénoscopie du même jour, examen qui s'était révélé dans les limites de la norme. Ce spécialiste relevait que des troubles fonctionnels étaient certainement à l'origine des symptômes digestifs, possiblement aggravés par la prise d'AINS à proscrire. Dans un rapport du 26 mars 2010 adressé à l'OAI, le Dr M. _____, suivant l'assurée à fréquence mensuelle depuis le 11 février 2009, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble anxieux, sans précision (F41.9), de

somatisation (F45.0) et de difficultés liées à l'acculturation (Z60.3). Il mentionnait un pronostic réservé avec la prescription de Lexotanil® 1.5 mg (4/jour). Indiquant que l'assurée n'était pas en mesure d'effectuer deux heures de ménage hebdomadaire auprès de particuliers, sans que des mesures médicales n'entrent en considération, ce psychiatre faisait part des observations suivantes : “ Constat médical Madame N._____ est une femme de cinquante-cinq ans paraissant plus. Elle se déplace avec difficultés et sa gestuelle est ralentie. Elle formule essentiellement des plaintes de douleurs somatiques diverses. Le ton est monocorde et plaintif, le discours est très limité autant en raison des difficultés linguistiques que de la pauvreté de la pensée. Elle est également très confuse lorsqu'elle relate son vécu, les réponses sont approximatives – quand elles ne sont pas erronées – ce qui donne une impression de flottement dans son discours. Détachée de toutes émotions, elle est, également, inffective dans son récit des événements traumatisants de sa vie qu'ils soient passés ou présents. Elle se plaint d'hallucinations auditives, de cauchemars de morts. Aucune élaboration mentale semblant possible, elle se replie dans une attitude passive d'incompréhension. L'humeur est neutre et rigide, la pauvreté de la pensée et des émotions dénote probablement d'un développement intellectuel déficient. ” L'OAI a confié au T._____ (T._____) le soin d'effectuer une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique). A cette fin, l'assurée a été convoquée dans les locaux du T._____, le 10 février 2011. Elle y a été examinée, en présence d'une interprète, par les Dresses I._____, rhumatologue FMH, et W._____, psychiatre-psychothérapeute FMH. Ces experts ont établi leur rapport le 21 mars 2011 avec le concours du Dr D._____, rhumatologue FMH, médecin coordinateur de l'expertise. Ils ont posé les diagnostics suivants : “ Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail : • Aucun. Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail ? • Somatisation (F 45.0). • Spondylodiscarthrose prédominant aux niveaux cervical et lombaire sans signe radiculaire ni myélopathique (M 47.8). • Trouble anxieux (intensité légère) (F 41.9) (présent depuis 2009). • Rétromandibulie avec lésions dégénératives des articulations temporo-mandibulaires sans répercussion fonctionnelle (K 07.1). • Hernie hiatale (K 44.9). • Episodes d'hypotension artérielle (I 95.8). • Discret status variqueux des membres inférieurs (I 83.9). • Hémorroïdes (I 84.9). • Tabagisme (F 17.2). • Hypercholestérolémie traitée (E 78.0). • Status après amputation des phalanges distales des 3 ème et 4 ème doigts. • Status après appendicectomie et après probables épisodes de maladie ulcéreuse. Depuis quand sont-ils présents ? Lombalgies connues depuis 1994. Evolution des troubles depuis 2001 au moins. ” Dans leur rapport, les experts précités se sont exprimés en ces termes sur l'état de santé somatique et psychique de l'assurée : “ A.3. DISCUSSION ASPECT SOMATIQUE [...] Evaluation d'expertise Madame formule des doléances multiples, elle se plaint d'une douleur intense recouvrant presque la totalité de la surface corporelle, et nous évoque avoir besoin de multiples médicaments nous présentant en effet une longue liste de prescription. Nous avons vérifié le monitoring thérapeutique de 2 des substances qu'elle nous a confirmé prendre régulièrement et 3x/jour. Pour les 2 substances recherchées, nous n'avons pas pu identifier le médicament. Nous retenons dès lors que nos examens ont été réalisés sans imprégnation par les benzodiazépines et sans imprégnation par l'antalgique prescrits. L'examen clinique est parasité par des discordances, des phénomènes de majoration, d'amplification que Madame parvient à contrôler lorsqu'elle ne se sent pas observée. Nous retenons à l'examen clinique l'observation d'une dame de 55 ans, parfaitement mobile, mince, quelque peu déconditionnée principalement au niveau axial comme cela est souvent le cas après la ménopause. [...] Nous confirmons des atteintes

dégénératives du rachis, prédominant au niveau cervical et lombaire. Il ne faudrait pas surévaluer l'importance des atteintes dégénératives par rapport à leur répercussion clinique effective dont nous n'avons pas d'évidence, après plusieurs années d'observation. En effet, nous n'avons pas d'évidence d'un syndrome cervical ou lombaire durable, ni pour une atteinte radiculaire tant aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs et nous n'avons pas de signe évocateur d'un rétrécissement du canal rachidien. Rappelons qu'à l'âge de l'expertisée de telles images radiologiques sont fréquemment observées. Il faut une corrélation radioclinique pour attester d'une répercussion fonctionnelle dont nous n'avons pas la preuve chez Mme N._____. L'extension des douleurs, avec des phénomènes d'allodynie dépassant le territoire habituel de la fibromyalgie, les troubles digestifs fonctionnels sans substrat évident au cours des multiples investigations réalisées ces dernières années ont été pris en compte dans la discussion par l'experte psychiatre qui confirme comme le psychiatre traitant un tableau de somatisation. [...] Madame, en fin d'expertise, explique qu'elle n'a pas pu tout dire car elle oublie beaucoup. Il en est de même lorsqu'elle se rend à la consultation de la Dresse C._____. Elle pense avoir pu dire toutefois l'ensemble de sa souffrance. Nous lui avons fait dessiner l'ensemble des douleurs et en fin d'expertise, elle confirme ce schéma de douleurs universelles.

ASPECT PSYCHIATRIQUE L'expertisée n'a pas connu de carence affective précoce ou de maltraitante durant son enfance et son adolescence. Elle vit dans un petit village du [...], dans un milieu pauvre mais décrit comme chaleureux. A l'âge de 24 ans (1979), Madame épouse un compatriote choisi par les familles respectives. Rapidement la relation conjugale est décrite comme difficile avec des violences verbales et physiques à l'encontre de l'expertisée, selon ses dires. De cette union naissent 4 enfants (2 filles et 2 fils). En janvier 1980, Madame rejoint son époux en Suisse, enceinte de son 1^{er} enfant. La relation conjugale est marquée par des relations extraconjugales de Monsieur et le fait qu'il cloîtrait Madame à domicile, ceci pour des raisons religieuses, selon ses dires. En août 2003, Monsieur quitte le domicile familial. Dès 2005, Madame est suivie à l'Unité Psychiatrique Ambulatoire d' [...] en raison d'une dysthymie. En 2007, une curatelle est nommée car Madame est dans l'incapacité de gérer ses paiements, d'autant plus qu'elle ne sait pas lire. Dès janvier 2010, Mme N._____ requiert un suivi auprès du Dr M._____, psychiatre installé à [...]. Ce dernier mentionne un trouble anxieux sans précision, des somatisations et des difficultés liées à l'acculturation. Les consultations sont mensuelles et le traitement consiste en bromazépam (Lexotanil® 3x1,5 mg/jour). Madame se rend à quinzaine auprès d'un infirmier en psychiatrie du [...] afin de faire remplir 2 semainiers, ne sachant pas lire les noms des médicaments. L'expertisée n'a jamais nécessité d'hospitalisation en milieu psychiatrique. A l'examen de ce jour, Madame est souriante, sauf lorsqu'elle mentionne les maltraitances de son ex-mari. Elle relate une perte de l'intérêt ou du plaisir à des activités habituellement agréables, une diminution de la confiance en soi et des troubles du sommeil (cauchemars de gens décédés). Madame dit avoir des hallucinations auditives se manifestant par une voix ni féminine, ni masculine, dont le ton est agréable et qui appellerait Madame par son nom. Madame ne mentionne pas d'autre élément de la lignée psychotique. Madame a quelques connaissances à [...] ; en particulier elle connaît les parents de l'interprète présente pour cet examen. Madame s'occupe de ses différentes tâches ménagères, à l'exception du repassage effectué par la fille cadette qui vit encore avec l'expertisée. Cette fille est absente la journée car elle est en apprentissage dans une parfumerie à [...] et ne rentre que le soir. A l'exception du fils cadet, Madame dit être bien entourée par ses enfants qui viennent régulièrement lui rendre visite, ainsi que sa

petite-fille. Durant l'entretien, par moments Madame se montre très plaintive et démonstrative, puis elle reste à nouveau calme, sans manifester de signes d'inconfort. A ses nombreuses plaintes physiques, Madame se plaint de symptômes neurovégétatifs sous forme de gastralgies et de fréquentes douleurs intestinales. Madame mentionne un sentiment de fatigue majeure nécessitant qu'elle se couche après 30 minutes. Ceci n'a pas été objectivé durant l'examen. Le discours est flou. Madame est dans l'incapacité d'indiquer une quelconque date (elle ne sait pas calculer) et son intelligence est cliniquement limitée. Le seuil anxigène est abaissé, associé à un sentiment de tension interne correspondant à un trouble anxieux d'intensité légère. Les nombreuses plaintes de Madame permettent de retenir un diagnostic de somatisation. Cette somatisation ne s'accompagne pas d'une comorbidité psychiatrique d'acuité et de durée importantes. Madame ne présente pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie ; elle a des contacts réguliers avec ses enfants et a quelques connaissances à [...]. A relever que jusqu'à sa séparation, Mme N. _____, pour des raisons culturelles, était soumise à l'autorité de son mari et n'avait guère de liens avec l'extérieur. Des bénéfices secondaires sont présents sous forme d'une mobilisation de l'entourage et d'un évitement d'un rôle à jouer. La personnalité est fruste et peu différenciée avec des capacités d'adaptation et d'apprentissage limitées. Cependant, cela n'a pas empêché Madame d'exercer une activité simple. On ne peut parler d'échec du traitement sur le plan psychique car l'expertisée ne bénéficie que d'un traitement de benzodiazépine, peu indiqué en raison du risque de dépendance. Aucun traitement sérotoninergique type escitalopram (Cipralox®) n'a été introduit. La prise en charge psychiatrique est mensuelle et s'effectue sans interprète, ce qui rend la compréhension de Madame difficile. La somatisation et le trouble anxieux d'intensité légère ne sont pas incapacitants. Cependant, le pronostic quant à la reprise d'une activité professionnelle est mauvais car Mme N. _____ est analphabète, ne sait pas calculer, n'a pas de formation professionnelle et s'estime dans l'incapacité totale d'exercer un quelconque emploi. Ces facteurs sortent du champ médical. ” Les experts du T. _____ n'ont pas mentionné de limitations (qualitatives et quantitatives) en lien avec les troubles constatés. Ils ont pris position comme il suit s'agissant de la capacité de travail de l'expertisée : “ 2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici 2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ? Au plan physique Ils ne provoquent pas d'interférence ayant valeur d'IT [incapacité de travail] durable. Au plan psychique La somatisation et le trouble anxieux d'intensité légère n'interfèrent pas sur l'activité exercée jusqu'alors. 2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail Au plan physique Entière. Au plan psychique La capacité de travail est entière. 2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ? Au plan physique Oui. Au plan psychique Oui, l'activité de nettoyeuse est encore exigible, en plein, soit 8h/jour. 2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ? Au plan physique Non si ce n'est qu'avec l'âge les processus de sarcopénie intervenant, on peut admettre une baisse de rendement de 20% à 55 ans et de 30% à partir de la soixantaine. Au plan psychique Pas de diminution du rendement dans une activité à 100%. 2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ? Au plan physique Pas d'IT. Au plan psychique Pas d'incapacité de travail. 2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? Au plan physique Pas d'IT durable reconnue. Au plan psychique Question sans objet car la capacité de travail a toujours été entière. 3. En raison de ses troubles psychiques, l'assurée est-elle capable de s'adapter à son environnement professionnel ? Au plan psychique La somatisation et le trouble anxieux d'intensité légère n'empêchent pas une

adaptation à un environnement professionnel. ” Finalement les Drs I. _____, W. _____ et D. _____ n’ont pas conclu à l’indication de mesures de réadaptation compte tenu d’une capacité de travail demeurée entière (dans des activités simples sans responsabilités et nécessitant un apprentissage minime) sans diminution du rendement et d’une assurée s’estimant inapte à la reprise d’une quelconque activité, même à temps partiel. Les experts précisait toutefois qu’un traitement d’escitalopram (Cipralox®), en lieu et place d’une benzodiazépine, permettrait de mieux juguler l’anxiété. Dans un rapport du 29 mars 2011, le Dr K. _____ a fait siennes les constatations et conclusions de l’expertise médicale précitée en ne retenant aucune atteinte principale à la santé, avec comme facteurs / diagnostics associés, non du ressort de l’assurance-invalidité, une somatisation, une spondylocarthose cervicale et lombaire sans signe radiculaire ou myélopathie, un trouble anxieux d’intensité légère, une rétromandibulie, une hernie hiatale, des épisodes d’hypotension artérielle, un discret status variqueux des membres inférieurs, des hémorroïdes, un tabagisme, une hypercholestérolémie traitée, un status après amputation des phalanges distales des 3 et 4 ème doigts et un status après appendicectomie et après probables épisodes de maladie ulcéreuse. Le médecin du SMR mentionnait une capacité de travail pleine et entière de l’assurée en toute activité depuis toujours. Le pronostic de reprise d’une activité professionnelle était mauvais, l’assurée estimant ne pas pouvoir retravailler. Par projet de décision du 12 mai 2011, l’Office AI a fait part à l’assurée de son intention de lui refuser le droit à la rente, dès lors qu’il ressortait de l’expertise bidisciplinaire que son état de santé ne justifiait pas une incapacité de travail de longue durée et partant, d’invalidité au sens légal. A la suite de la contestation élevée par l’assurée le 31 mai 2011 contre le projet précité, les pièces et documents suivants ont notamment été recueillis par l’OAI auprès des médecins traitants : - un rapport du 24 juin 2011 de la Dresse C. _____ rédigé à la demande de sa patiente. Le médecin traitant confirmait l’aggravation des maux somatiques et psychiques avec une augmentation fréquente du traitement antalgique parfois mal toléré sur le plan digestif. L’assurée était inapte à la reprise d’une activité professionnelle durable ; - un rapport complété le 21 octobre 2011 par le Dr M. _____. Ce psychiatre n’indiquait aucune évolution sur le plan clinique depuis le début de sa prise en charge. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : difficultés relationnelles ressenties par le sujet, bizarreries du comportement, difficultés dans la gestion des émotions, apragmatisme, difficultés liées aux tâches administratives, d’autonomie dans les autres activités de la vie quotidienne et l’organisation du temps, hypersensibilité au stress et apparition périodique de phases de décompensation. L’assurée rencontrait en outre des restrictions en lien avec sa capacité d’orientation, de concentration, de compréhension, d’organisation, de planification ainsi que d’adaptation au changement. Selon le Dr M. _____, plus aucune activité n’était envisageable compte tenu de l’état de santé de sa patiente ; - un questionnaire complémentaire complété le 3 janvier 2012 par la Dresse C. _____ à l’intention du médecin-conseil de l’OAI, dans lequel elle constatait qu’aucun travail régulier n’était envisageable depuis 2010. En annexe, la Dresse C. _____ a joint un consilium rhumatologique du 13 septembre 2011 du Dr V. _____. Ce rhumatologue du Centre [...] d’ [...], s’est prononcé comme il suit : “ Je vous remercie de m’avoir adressé cette patiente rachialgique : lombalgie chronique (prédominant ce jour), avec quelques douleurs dorsales et cervicales. Elle dit encore souffrir la nuit malgré le traitement antalgique et avoir un périmètre de moins de 500 mètres. A l’examen clinique le rachis cervical est bien mobile, seule la flexion n’est pas tout à fait complète. En ce qui concerne le rachis lombaire, tous les mouvements sont douloureux en flexion, extension, rotation ou

inclinaison avec une majoration lors de la flexion antérieure et de l'extension. La DDS [distance doigts-sol] est mesurée à 70 cm et le Schober à 10-12. La palpation du rachis est douloureuse de C7 à L5-S1 avec les points les plus douloureux en L5-S1. Le reste de l'examen neuromoteur est normal, il n'y a pas de véritable Lasègue, nombreux jump sign à la palpation, les critères de Waddell sont positifs traduisant une discordance entre la clinique, le discours et les capacités fonctionnelles. Radiologiquement il existe des discopathies étagées et sévères au niveau de L5-S1. Comme vous le savez, cette patiente a beaucoup de mal à expliquer et exprimer sa douleur de manière fiable mais par contre elle a toutes les raisons d'avoir des douleurs dégénératives de discopathies. A priori, il n'y a pas de signe radiculaire et le Dafalgan est relativement efficace. Elle dit tirer bénéfice des séances de physiothérapie lorsqu'elles sont entreprises et nous allons mettre en place une série de 9 séances associant balnéothérapie, tangothérapie, massages, gymnastique sur ballon, assouplissement et renforcement des dorsaux et des abdominaux de manière douce. A ce jour, je ne vois pas l'intérêt de compléter l'imagerie. ” Dans un avis d'audition du 19 janvier 2012, les Drs P._____ et Q._____ ont constaté que les médecins traitants ne faisaient pas état d'éléments médicaux nouveaux ; l'examen rhumatologique du Dr V._____ mentionnait des douleurs à la mobilisation du rachis lombaire et une discordance entre la clinique et les capacités fonctionnelles en présence d'une imagerie montrant des discopathies étagées et sévères en L5-S1. Or, cette atteinte était connue des experts du T._____ qui n'avaient pas retenu de répercussion fonctionnelle de l'atteinte radiologique. Quand bien même ces experts avaient considéré l'absence de limitations dans les activités habituelles (aide de cuisine, femme de ménage) ou comme ménagère avec des enfants adultes, les médecins du SMR admettaient qu'une activité ne sollicitant pas exagérément le rachis lombaire (port de charges limité à 12-15 kilos occasionnellement, pas de positions statiques en porte-à-faux du tronc, pas de flexions-rotations répétitives du tronc et alternance des positions possible) était à privilégier. Au plan psychiatrique, le Dr M._____ ne rapportait pas d'évolution clinique. Par décision du 12 mars 2012, l'OAI a intégralement confirmé la teneur de son projet de refus de prestations du 12 mai 2011. Réfutant que l'état de santé de l'assurée contre-indiquait l'exercice des activités antérieures d'aide de ménage et d'aide de cuisine et que l'assurée présentait une incapacité de travail de longue durée dans ces professions, l'Office AI a toutefois accordé une mesure d'aide au placement à l'assurée au regard de ses limitations fonctionnelles listées par les médecins du SMR. Le 19 juillet 2012, l'OAI a mis fin à la mesure d'aide au placement accordée le 3 avril 2012 dès lors que l'assurée y avait renoncé dans l'intervalle, s'estimant inapte à la reprise d'une activité professionnelle compte tenu de son état de santé. C. Le 2 décembre 2013, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations. Elle faisait état de douleurs lombaires sur hernie discale L4-L5 (sans indication opératoire), de troubles visuels sur dégénérescence maculaire (2011), de cervicalgies sur troubles dégénératifs du rachis et de troubles digestifs (RGO [reflux gastro-oesophagien]). Dans un rapport du 24 décembre 2013, la Dresse C._____ a posé les diagnostics de : “ - Lombalgies invalidantes sur volumineuse hernie discale L4-L5 (dès 2012) - Dégénérescence maculaire liée à l'âge (dès 2013) - Etat dépressif au long cours - Maladie de reflux gastro-oesophagien et maladie ulcéreuse - Hypotension artérielle orthostatique - Migraines - Troubles du transit (constipation) - Tabagisme actif - Hypercholestérolémie - Cure de hallux rigidus gauche en 2012. ” Le médecin traitant mentionnait une aggravation dès la fin 2012 par une augmentation massive des lombosciatalgies droites ayant conduit à une hospitalisation de l'assurée avec une lente amélioration moyennant la prise d'antalgiques « puissants » et un

suivi régulier à la consultation d'antalgie du Dr Z. _____ à [...], mais sans indication opératoire à ce jour. Le problème oculaire décelé en 2013 était aussi contributif d'une aggravation globale de l'état de santé de sorte que l'incapacité de travail de l'assurée était totale avec un pronostic « très réservé », fonction des nombreuses pathologies chroniques. En annexe, la Dresse C. _____ a notamment joint les documents médicaux récents suivants : - un rapport du 20 février 2013 d'IRM « colonne lombaire du 19.02.2013 » de la Dresse O. _____, cheffe de clinique aux [...]. Cette imagerie l'était en raison de lombalgies subaiguës prédominant à droite aggravées depuis environ un mois avec une discopathie sévère en L4-L5, L5-S1 sur troubles dégénératifs depuis plus de dix ans. Ses conclusions étaient les suivantes : “ Grosse hernie discale L4-L5 médiane et paramédiane droite comprimant l'émergence de L5 droite. Discopathies dégénératives à prédominance L5-S1. ” ; - un rapport du 22 avril 2013 consécutif à un séjour de l'assurée du 4 mars au 22 mars 2013 dans de le service de Médecine des [...] site d' [...]. Les Drs B. _____, médecin-chef, et Y. _____, médecin-assistant, ont posé le diagnostic principal de hernie discale L4-L5 avec lombosciatalgies et les diagnostics secondaires, d'état dépressif et de broncho-pneumonie basale gauche. Ces praticiens se sont exprimés comme il suit sur l'état de santé de l'assurée : “ DISCUSSION ET EVOLUTION : Au vu des résultats de l'IRM lombaire, la pathologie organique paraît claire mais la clinique reste atypique pour une racine L5. Le laboratoire ne montre aucun syndrome inflammatoire. Après un essai d'antalgie graduelle (Dafalgan, Oxycontin, Oxynorm, Valium, Dexaméthasone) et de physiothérapie antalgique de mobilisation, nous présentons la patiente au Dr Z. _____ (anesthésiste, consultation de la douleur) qui propose une infiltration de corticoïdes locaux que Mme N. _____ refuse malgré une douleur invalidante. La patiente préfère être vue par le neurochirurgien (Dr J. _____) en vue d'une éventuelle opération, le rendez-vous ayant déjà été pris par vos soins avant l'hospitalisation. La consultation auprès du Dr J. _____ est avancée au 14.03.2013 et celui-ci confirme le status atypique de compression du nerf L5 et ne préconise pas de sanction chirurgicale. Il propose un traitement conservateur avec une surveillance du status neurologique et réévaluation chirurgicale en cas de spécification du tableau clinique. Le Dr J. _____ conseille à la patiente, comme l'a fait le Dr Z. _____, l'infiltration de corticoïdes locaux. Nous notons que Mme N. _____ se plaint quotidiennement de ses lombalgies ne voyant aucune évolution et pourtant, objectivement, les soignants observent la patiente descendre chaque jour fumer avec sa chaise roulante puis à pied avec une impression de douleurs améliorées, au point que la patiente n'est jamais en chambre pour la physiothérapie. Après réflexion, la patiente accepte de tenter une infiltration voyant que son traitement antalgique maximal non invasif ne lui fait que peu d'effet. Après l'infiltration épidurale L5-S1 de corticoïdes locaux le 15.03.2013 auprès du Dr Z. _____, Mme N. _____ note une amélioration partielle de la symptomatologie douloureuse avec récupération de la sensibilité du membre inférieur droit. Cette manœuvre peut être répétée jusqu'à 3 fois, à 2 semaines d'intervalle avant de proposer une alternative d'infiltration. Après une semaine, Mme N. _____ souhaite une 2^{ème} injection, le rendez-vous est agendé au cabinet du Dr Z. _____ le 04.04.2013 à 10h00. Au vu du contexte psycho-social important pouvant jouer un rôle de plus dans la symptomatologie actuelle, (aussi verbalisée par la patiente) nous lui proposons une consultation avec nos psychologues de liaison. Mme N. _____ refuse malgré son objectivation de baisse de moral et veut être vue par la Dresse F. _____ qui la suit actuellement à l' [...]. Nous poursuivons le traitement de Lexotanil et proposons de relancer les consultations à l' [...] une fois la patiente sortie de l'institution. [...] ” Au terme de cette

hospitalisation, le traitement s'est poursuivi en réadaptation aux [...] site de [...], du 22 au 28 mars 2013. Dans leur rapport de sortie du 30 avril 2013, les Drs R. _____, médecin-chef, et U. _____, médecin-assistant, ont retenu les diagnostics de lombosciatalgies chroniques sur troubles dégénératifs et hernie discale L4-L5 paramédiane droite et de pneumonie basale droite. Les comorbidités (ou diagnostics secondaires) étaient les suivantes : fibromyalgia, reflux gastro-oesophagien sur hernie hiatale, hypotension artérielle, constipation chronique, hémorroïdes, migraines occasionnelles, hypercholestérolémie, DMLA (Dégénérescence Maculaire liée à l'âge), status post-arthrodèse métatarso-phalangienne de l'hallux gauche pour hallux rigidus, discopathie C5-C6, C6-C7, L4-L5 et L5-S1. Ces médecins relataient en particulier une évolution favorable sous traitement conservateur (antalgie par Oxycontin® et Dafalgan® ainsi que Dexaméthasone® et Valium®) en schéma dégressif, en sus de l'infiltration réalisée par le Dr Z. _____ avec une bonne réponse clinique. A l'examen clinique, des douleurs à la palpation des points douloureux typiques de la fibromyalgie laissaient suspecter un tel diagnostic ; - un rapport du 15 mars 2013 du Dr J. _____, spécialiste FMH en neurochirurgie à la Clinique de [...], adressé au Dr Y. _____ des [...]. Il ressort ce qui suit d'une consultation le jour précédent avec l'assurée : " Status A l'examen, on note une hypoesthésie de tout le membre inférieur droit, sans territoire radiculaire précis. Il n'y a pas de déficit moteur objectivé aux membres inférieurs, avec des réflexes ostéo-tendineux qui sont hypovifs mais symétriques. La manœuvre de Lasègue est positive à 70° à droite alors qu'elle est négative à gauche. On note un syndrome lombovertébral important, avec distance doigt-sol non mesurable et points de Valleix douloureux à droite. Examen complémentaire IRM de la colonne lombosacrée, 19 février 2013 : montre une hernie discale sous ligamentaire L4-L5 paramédiane droite, entrant en conflit avec la racine L5 à droite. Appréciation Ce[te] patient[e] présente donc à l'imagerie une hernie discale L4-L5 paramédiane droite, qui peut difficilement expliquer toutes les douleurs présentées étant donné l'absence de territoire radiculaire précis, tant à l'anamnèse qu'à l'examen clinique. Je pense dans ces conditions, et au vu du contexte psychologique, qu'il y a lieu dans un premier temps de tout essayer, notamment d'éventuelles infiltrations, ce que j'ai fortement conseillé à la patiente, avant d'envisager un éventuel traitement chirurgical de cure de la hernie discale. J'ai donc expliqué tout cela en détail à la patiente et reste bien entendu à disposition en cas d'échec des traitements conservateurs pour une réévaluation neurochirurgicale. ". Dans un avis SMR du 30 avril 2014, le Dr K. _____ s'est exprimé comme il suit sur les éléments produits à l'appui de la nouvelle demande de prestations : " Le nouveau rapport de la Dresse C. _____ n'apporte aucune évidence d'élément nouveau par rapport à son précédent rapport qui avait donné l'avis médical du 19 janvier 2012. Déjà lors de l'expertise pluridisciplinaire faite au T. _____ en 2011, l'assurée amplifiait et multipliait les doléances et les plaintes ce qui au travers du dernier rapport de la Dresse C. _____ montre que la situation est toujours identique avec les mêmes plaintes plus ou moins intenses selon les jours et les demandes de l'assurée. Il n'y a donc pas lieu d'entrer en matière ni d'instruire. " L'OAI est néanmoins entré en matière sur la nouvelle demande. Le 17 juin 2014, l'assurée a confirmé à l'OAI qu'en l'absence d'atteinte à sa santé, elle travaillerait à 100% en tant que femme de ménage, par nécessité financière. Le 23 juin 2014, le Dr G. _____ a informé l'OAI ne plus avoir revu l'assurée depuis 2012. Ce gastro-entérologue a remis la copie de son dernier rapport du 7 mai 2012. Il ressort d'une oesogastroduodéoscopie effectuée le même jour que, comme évoqué lors des examens antérieurs, des troubles fonctionnels étaient à l'origine des symptômes digestifs de

l'assurée. Dans un rapport du 7 juillet 2014, les Drs C.C._____, A.A._____, S.S._____, médecins-chefs, et T.T._____, médecin-assistante aux [...] ont posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de fracture de la tête radiale non déplacée depuis le 4 décembre 2013. Cette affection avait nécessité un traitement puis un suivi de l'assurée jusqu'au

E. 27

mai 2014. Sous la rubrique « Constat médical » du rapport, il était indiqué « hypoesthésie diffuse dans tout le MSD [membre supérieur droit] et coiffe algique mais compétente ». Sans pouvoir se prononcer avec certitude sur la capacité de travail de l'assurée en tant que femme de ménage, ces médecins mentionnaient un pronostic favorable moyennant un traitement conservateur (Dafalgan® 1gr, 4x/j et Oxycontin® 5mg, 2x/j en réserve) et la poursuite de la physiothérapie. Le rendement était alors réduit compte d'une mobilisation du MSD limitée et très douloureuse, excluant le port de charges depuis décembre 2013. Dans un rapport complété le 8 septembre 2014, le Dr Y.Y._____, spécialiste FMH en ophtalmologie, qui suit l'assurée depuis le 14 octobre 2013, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA). Mentionnant une diminution de l'acuité visuelle à 0.4 à l'œil droite et 0.8 à l'œil gauche avec un traitement par injections régulières, cet ophtalmologue retenait une capacité de travail de sa patiente à 100% dans l'accomplissement de travaux sans exigences particulières concernant la vue. Des lunettes étaient par ailleurs indiquées comme moyens auxiliaires. Dans un avis SMR du 27 novembre 2014, le Dr K._____ s'est prononcé comme il suit sur les nouveaux documents recueillis par l'OAI : “ Après l'étude attentive des éléments nouveaux versés au dossier, nous ne trouvons pas de nouvelles atteintes ayant un effet durable sur la capacité de travail de notre assurée, en particulier, la notion de lombalgie sur volumineuse hernie discale L4-L5 (sans description clinique), retenue par la Dresse C._____ généraliste du 24.12.13 n'est pas retenue par les rhumatologues dans leurs examens depuis 2011. La dégénérescence maculaire est clairement décrite par le spécialiste traitant le Dr Y.Y._____ comme sans effet sur la CT pour toute activité qui n'est pas concentrée sur une vision fine et il précise que l'activité habituelle de notre assurée est exigible sur le plan ophtalmique. La Dresse C._____ nous mentionne une maladie de reflux-gastroesophagien et une maladie ulcéreuse puis des troubles du transit sous forme de constipation, atteintes non considérées comme invalidantes et le médecin traitant spécialiste en gastro-entérologie nous dit ne plus avoir vu l'assurée depuis 2012 ! Le seul autre fait nouveau est une atteinte n'ayant aucun caractère invalidant à long terme est la fracture de la tête radiale non déplacée le 4.12.13 mentionnée par le RM de la policlinique d'orthopédie de l'hôpital d' [...]. Un traitement conservateur a été appliqué et le suivi a duré 6 mois. Certes cette atteinte temporaire a occasionné une courte période d'IT totale mais une telle atteinte est couverte par l'assurance-maladie et non par l'AI. Toutes les autres atteintes mentionnées par la Dresse C._____ comme tabagisme actif, hypercholestérolémie, cure de Hallux G en 2012, migraines sans précision, hypotension artérielle sans chiffres ni autre détail ne peuvent être considérées comme invalidantes au sens de l'AI. Avec ces éléments, nous ne voyons pas d'indication médicale à entrer en matière, nous restons bien évidemment à disposition pour l'interprétation des documents (expertises) que vous décideriez de faire en complément d'instruction. ” Par projet du 10 décembre 2014, puis décision rendue le 6 février 2015, l'Office AI a nié le droit à la rente à l'assurée. Ses constatations étaient les suivantes : “ Résultat de nos constatations : Dans le cadre de votre précédente demande de prestations AI, nous vous avons nié le droit à la rente, par décision du 12 mars 2012, au

motif que vous ne présentiez pas d'atteinte incapacitante au sens de la Loi sur l'Assurance-Invalidité. Le 2 décembre 2013, vous avez déposé une nouvelle demande. Après instruction de cette dernière, force est de constater qu'il n'y a aucune modification dans votre état de santé ayant une incidence sur la capacité de travail retenue dans notre précédente décision. Dès lors, le droit à la rente doit une nouvelle fois vous être nié. Notre décision est par conséquent la suivante : La demande est rejetée. » D. Par acte du 16 mars 2015, N._____, depuis lors représentée par Procap Suisse Service juridique, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée en concluant à son annulation et à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire constatant son droit à la rente et subsidiairement, au renvoi du dossier de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire puis nouvelle décision, le tout avec suite de dépens. Elle reproche en substance à l'intimé de ne pas avoir suffisamment instruit sa dernière demande. Elle allègue que l'OAI était tenu d'entrer en matière sans se fonder sur la seule base de l'avis SMR du 27 novembre 2014, avis qui préconiserait un simple refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande. Elle soutient que le médecin du SMR n'était pas légitimé à se distancer de l'incapacité de travail totale attestée par les médecins traitants. A suivre la recourante, l'instruction menée ne renseigne en aucun cas sur les limitations « exactes et à long terme » découlant de ses atteintes psychiques et cognitives, de sa dégénérescence maculaire, de la fracture de la tête radiale et des lombalgies sur volumineuse hernie discale L4-L5. Elle sollicite en conséquence la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire (somatique, psychique et neuropsychologique) en vue d'investiguer l'ensemble de ses problèmes de santé actuels et leurs limitations fonctionnelles. La recourante a requis en outre, l'octroi de l'assistance judiciaire limitée à la dispense de la fourniture des avances de frais. Dans sa réponse du 22 avril 2015, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud a conclu au rejet du recours ainsi qu'au maintien de la décision querellée. Il observe être entré en matière sur la nouvelle demande de la recourante. Il s'en remet à cet égard à l'analyse de la situation médicale telle qu'effectuée à sa demande par le SMR les 30 avril et 27 novembre 2014. Par décision du 23 avril 2015, le juge instructeur a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet dès le 16 mars 2015, dans la mesure de l'exonération d'avances et des frais judiciaires. Le 7 avril 2016, la recourante a produit à l'appui de son acte du 16 mars 2015, un rapport du 24 mars 2016 du Dr D.D._____, nouveau médecin traitant depuis juillet 2015. En annexe, étaient également jointes et produites pour la première fois, les pièces médicales suivantes : - un rapport du 5 novembre 2015 du Dr B.B._____, rhumatologue ; - un rapport du 26 octobre 2015 du Dr Y.Y._____; - un rapport du 4 septembre 2014 du Dr Z._____; - un rapport d'IRM de l'épaule droite du 8 août 2014 de la Dresse O.O._____, radiologue aux [...] ; - un rapport du 25 juin 2014 du Dr J._____; - un rapport d'IRM de la colonne cervicale du 20 février 2014 du Dr F.F._____, radiologue aux [...]. Cette correspondance et ses annexes ont été communiquées le 13 avril 2016 à l'OAI pour son information. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI [RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi

cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD). c) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile et auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable. 2. 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 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RS 831.201]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3 et 117 V 198 consid. 4b et les références citées). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014, consid. 4.3 ; TFA I 716/2003 du 9 août 2004, consid. 4.1). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI (tel qu'en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, actuellement art. 87 al. 3 RAI) et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2b; TF 9C_970/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.2). Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013, consid. 2.2 et 9C_970/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.2). Dans une telle situation, il convient de traiter l'affaire au fond et de 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 LPGA, si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, d'une part, et la décision litigieuse, d'autre part, 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. 5.4 et 130 V 71 consid. 3.2 ; TF 9C_754/2013 du 16 avril 2014, consid. 2.1). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TF 9C_717/2012 du 18 mars 2013, consid. 3.3 ; TFA I 491/2003 du 20 novembre 2003, consid. 2.2 in fine et les références). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées (cf. art. 28 al. 2 LAI), la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7). 3. a) La recourante fait valoir que les documents produits dans le cadre de sa nouvelle demande attestent une péjoration de son état de santé à tout le moins depuis la précédente décision de refus de prestations du 12 mars 2012 en raison de l'ensemble de ses problèmes de santé et les limitations fonctionnelles qui en résultent. Elle se prévaut ainsi d'un changement

important des circonstances sur les plans ophtalmique (dégénérescence maculaire liée à l'âge), rhumatologique (fracture non déplacée de la tête radiale du membre supérieur droit le 4 décembre 2013 et lombalgies sur volumineuse hernie discale L4-L5) ainsi que psychiatrique (état dépressif au long cours), aggravations propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente. Elle se plaint d'un défaut d'instruction de la part de l'intimé sur l'ensemble de ces plans et préconise la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire par le Tribunal. b) aa) Sous l'angle ophtalmique, le Dr Y.Y. _____ a retenu le diagnostic de dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), entraînant un suivi de la recourante dès le mois d'octobre 2013 à sa consultation. Cet ophtalmologue a constaté une diminution de l'acuité visuelle à 0.4 à droite et 0.8 à gauche (cf. rapport du 8 septembre 2014 du Dr Y.Y. _____). Cette atteinte impliquait l'introduction d'un traitement par injections régulières (cf. au sujet de ce traitement le document « Information aux patients » remis à l'assurée par les médecins de l'Hôpital ophtalmique [...] à [...]). Il est certes concevable comme le retient le Dr K. _____ dans son avis SMR du 27 novembre 2014, que cette diminution de l'acuité visuelle n'entraîne pas d'incapacité de travail dans une activité sans exigence spécifique concernant la vue, telle que dans la profession habituelle d'aide de cuisine, de femme de ménage ou comme ménagère avec des enfants adultes. En ce sens, dans leur rapport de sortie du 30 avril 2013, les Drs R. _____ et U. _____ ont classé l'affection de dégénérescence maculaire liée à l'âge diagnostiquée en tant que comorbidité (ou diagnostic secondaire). bb) Sur le plan rhumatologique, au moment de la décision de mars 2012, les experts du T. _____ n'ont pas retenu de diagnostics invalidants mais le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de spondylodiscarthrose prédominant aux niveaux cervical et lombaire sans signe radiculaire ni myélopathique (M 47.8). Ils relevaient la nécessité de ne pas surévaluer l'importance des atteintes dégénératives en regard de leur répercussion clinique effective dont il n'y avait pas d'évidence après plusieurs années d'observation (rapport du 21 mars 2011 des Drs I. _____, W. _____ et D. _____ du T. _____, p. 34). Depuis lors, à la suite d'une IRM de la colonne lombaire du 19 février 2013 effectuée par la Dresse O. _____, la recourante s'est vue diagnostiquer une « grosse hernie discale L4-L5 médiane et paramédiane droite comprimant l'émergence de L5 droite, avec des discopathies dégénératives à prédominance L5-S1 » (cf. rapport d'imagerie IRM du 20 février 2013 de la Dresse O. _____). Elle a été hospitalisée, du 4 au

E. 28

mars 2013 aux [...], en raison de lombalgies subaiguës prédominant à droite, aggravées depuis janvier 2013, avec une discopathie sévère en L4-L5 et L5-S1 sur troubles dégénératifs présents depuis plus de dix ans (cf. rapport du 22 avril 2013 des Drs B. _____ et Y. _____ ainsi que le rapport de sortie du 30 avril 2013 des Drs R. _____ et U. _____). Seul un traitement conservateur a été prescrit en raison de la hernie discale L4-L5, laquelle pouvait par ailleurs « difficilement expliquer toutes les douleurs présentées étant donné l'absence de territoire radiculaire précis, tant à l'anamnèse qu'à l'examen clinique » (cf. rapport du 15 mars 2013 du Dr J. _____). Sous l'angle rhumatologique, la recourante a d'autre part été victime d'une fracture non déplacée de la tête radiale du membre supérieur droite, le 4 décembre 2013. Dans leur rapport du 7 juillet 2014, les médecins des [...] mentionnaient un suivi ambulatoire jusqu'à la fin mai 2014. Seul un traitement conservateur a été prescrit avec poursuite de la physiothérapie pour ces lésions, avec une coiffe algique mais compétente cliniquement, selon les Drs C.C. _____, A.A. _____, S.S. _____ et T.T. _____. Si le pronostic semblait

favorable, l'assurée présentait une baisse de rendement en raison d'une mobilisation limitée du membre supérieur droit et très douloureuse excluant le port de charges, sans plus amples précisions. Nonobstant les traitements uniquement conservateurs alors mis en œuvre, ces constatations diagnostiques sont suffisantes pour justifier une véritable instruction et non un nouveau refus de prestations sur la base d'une simple consultation du SMR pour avis sur dossier. En particulier, contrairement à l'avis exprimé le 27 novembre 2014 par le Dr K. _____ il est impossible de constater que les rhumatologues consultés depuis 2011 auraient réfuté « la notion de lombalgie sur volumineuse hernie discale L4-L5 », alors que l'examen IRM du 19 février 2013 a conduit à poser un tel diagnostic (cf. rapport d'imagerie IRM du 20 février 2013 de la Dresse O. _____ ; rapport du 22 avril 2013 des Drs B. _____ et Y. _____ ; rapport de sortie du 30 avril 2013 des Drs R. _____ et U. _____). Au terme de sa consultation du 14 mars 2015, le Dr J. _____ n'a quant à lui pas réfuté le diagnostic de hernie discale sous ligamentaire L4-L5 paramédiane droite, mais uniquement l'indication opératoire « au vu du contexte psychologique » en privilégiant d'éventuelles infiltrations avant un traitement de cure de la hernie discale (cf. rapport du 15 mars 2013 du Dr J. _____). Une expertise rhumatologique est donc nécessaire pour établir l'évolution de l'état de santé de la recourante depuis la dernière expertise et sa répercussion sur sa capacité de travail. cc) Sous l'angle psychiatrique, en février 2011, les experts du T. _____, n'ont pas retenu de diagnostic invalidant chez l'expertisée. Ils ont posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de somatisation (F 45.0) et de trouble anxieux (intensité légère) (F 41.9), présent depuis 2009. Ce point de vue a ensuite été repris et entériné par l'OAI dans sa décision de refus de prestations du 12 mars 2012. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6 ; TF 9C_815/2012 du 12 décembre 2012, consid. 3 et I 1093/2006 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). Or, à l'appui de sa nouvelle demande, la recourante n'a pas produit de rapports ou certificats médicaux de psychiatres évoquant une éventuelle aggravation de son état de santé psychiatrique. Pareille situation ne ressort en effet que du rapport de son ancien médecin traitant qui diagnostiquait un état dépressif au long cours à la fin 2013, sans plus amples renseignements (cf. rapport du 24 décembre 2013 de la Dresse C. _____). Si l'assurée n'a certes pas dûment étayé ses allégations à la faveur d'une péjoration de son état de santé psychique en procédure administrative, il demeure qu'on ignore si tel n'était toutefois pas le cas. Dans son dernier rapport du 21 octobre 2011, le Dr M. _____ mentionnait l'absence d'évolution sur le plan clinique depuis le début de sa prise en charge (le 11 février 2009) en retenant une incapacité de travail à 100% de sa patiente en toutes activités. Les Drs B. _____ et Y. _____ des [...] évoquaient, en avril 2013, un suivi entrepris auprès de la Dresse F. _____ à l' [...] ([...]) du [...]. Au vu de contexte psycho-social important pouvant jouer un rôle de plus dans la symptomatologie observée, les Drs B. _____ et Y. _____ suggéraient la poursuite par la recourante du traitement par Lexotanil® et la reprise des consultations à l' [...] après sa sortie des [...] (cf. rapport du 22 avril 2013 des Drs B. _____ et Y. _____). Compte tenu de ces constatations, l'expertise à mettre en œuvre devra comprendre un volet psychiatrique. dd) Au vu des contradictions en cause et des lacunes d'instruction, et compte tenu des atteintes diagnostiquées par les médecins traitants, tant sur le plan rhumatologique que psychiatrique, les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière complète. L'état de santé de la recourante dans sa globalité, et les conséquences de cet état de santé sur sa capacité de

travail (et de gain) n'ont pas pu être établis de manière probante. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI — auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon l'art. 43 al. 1 LPGA —, cette solution apparaissant comme la plus opportune, dans la mesure où l'intimé n'a entrepris aucune véritable mesure d'instruction, hormis de demander des avis médicaux aux médecins traitants et un très bref avis sur dossier au SMR. L'intimé rendra ensuite une nouvelle décision après avoir complété l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire rhumatologique et psychiatrique, pour constater précisément l'évolution de l'état de santé de l'assurée depuis la dernière expertise, réalisée en février 2011, et fixer sa capacité résiduelle de travail et de gain. 4. a) Vu ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants puis nouvelle décision. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe. c) La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 1'500 fr. TVA comprise, au regard de l'importance et des difficultés de la cause, et de les mettre à la charge de l'OAI.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.