

## **VD\_GERICHTE ZD13.037567 vom 29. September 2014**

VD Tribunal cantonal, 2014-09-29, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD13.037567](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD13.037567)

FR: VD\_GERICHTE ZD13.037567 du 29 septembre 2014

IT: VD\_GERICHTE ZD13.037567 del 29 settembre 2014

### **Erwägungen**

#### **E. 30**

août 2013 et désigné Me Paul-Arthur Treyvaud en qualité d'avocat d'office. Dans sa réponse du 30 septembre 2013, l'OAI a préavisé pour le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. La recourante n'a pas déposé d'observations complémentaires. **E n d r o i t** : 1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance- invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre

- 21 - lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 69 al. 1 let. a LAI en dérogation à l'art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). En l'occurrence, le recours a été formé en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il convient d'entrer en matière sur le fond. 2. a) En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53). b) En l'espèce, le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé l'OAI à la suite de la nouvelle demande du 17 octobre 2011, singulièrement sur l'existence d'une aggravation de l'état de santé de la recourante de nature à modifier son droit aux prestations d'invalidité.

- 22 - 3. a) Le droit à une rente (art. 28 LAI) comme le droit au reclassement professionnel (art. 17 LAI) supposent que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme toute perte, totale

ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGa). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens des art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGa. Ne sont pas considérées comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). 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 légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 ; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2).

- 23 - b) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une 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. 3 et 4 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] dans sa teneur en vigueur jusqu'au

### **E. 31**

décembre 2011, actuellement art. 87 al. 2 et 3 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3, 125 V 412 consid. 2b, 117 V 200 consid. 4b et les références). 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 372 consid. 2b). 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 et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (TFA I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.1, TFA I 67/02 du 2 décembre 2003 consid. 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 114 consid. 2b ; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2). Dans une telle situation, il convient de traiter l'affaire au fond

- 24 - et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient, à examiner par analogie avec l'art. 17 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 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, 130 V 75 consid. 3.2). 4. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2). Conformément au principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa

- 25 - désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c). En particulier, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice afin d'éclairer les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Quant aux rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, ils doivent être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin 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). 5. a) En l'espèce, à l'époque de la décision initiale de refus de rente d'invalidité en mars 2008, il a été constaté que la recourante présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis décembre 2002 ; les problèmes pouvant objectivement être reconnus comme limitatifs quant à la capacité de travail n'étaient que d'ordre somatique. Il était fait référence à cet égard aux diagnostics de lombosciatalgies droites chroniques persistantes et de périarthrite scapulo-humérale, posés par le Dr X. \_\_\_\_\_ à l'issue de l'examen clinique bidisciplinaire au SMR en juillet 2004. Aucune

atteinte psychiatrique à caractère invalidant n'a été mise en évidence. En janvier

- 26 - 2008, le nouvel examen psychiatrique a confirmé les conclusions qui ressortaient de l'évaluation faite quatre ans plus tôt ; les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant, de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée et de personnalité avec traits dépendants étaient reconnus comme n'affectant pas la capacité de travail. La Cour de céans, saisie de la cause en procédure de recours, a retenu que les médecins interpellés faisaient pour l'essentiel état des mêmes constatations et posaient les mêmes diagnostics. b) A l'appui de sa nouvelle demande, la recourante fait essentiellement valoir qu'elle souffre d'un état dépressif lié à ses troubles physiques. Les médecins traitants énoncent une aggravation de l'état de santé somatique et psychique. Ainsi, le Dr K. \_\_\_\_\_ mentionne que la pathologie rachidienne, les douleurs aux épaules et l'état anxio-dépressif présentés par la recourante connaissent une aggravation depuis 2010. Sans se prononcer de manière circonstanciée sur les limitations fonctionnelles ni sur l'exigibilité d'exercer une activité adaptée, il estime que l'incapacité de travail est totale dans l'activité antérieure. Le Dr B. \_\_\_\_\_ fait état d'une évolution péjorée par l'apparition d'une cervicarthrose occasionnant des douleurs irradiant dans le bras droit et la région inter-scapulaire et d'un syndrome fibromyalgique prédominant du côté droit. Dans un rapport détaillé de janvier 2012, il précise que la recourante présente une péri-arthropathie de l'épaule droite depuis 2002, les douleurs s'étant étendues à la colonne cervicale droite dès fin 2009. Il ne se prononce pas clairement sur la capacité de travail, relevant uniquement que les douleurs sont exacerbées par l'activité répétitive du bras droit, probablement le port de charge et les mouvements penchés en avant. La Dresse F. \_\_\_\_\_ évoque une aggravation des symptômes depuis 2010 du trouble dépressif récurrent existant depuis 2001. La patiente a développé un anhédonisme total lié, selon la psychiatre, aux douleurs somatiques et à la péjoration de l'état de santé de son époux. Elle présente une hypersensibilité au stress et est limitée dans ses

- 27 - capacités mnésiques et de concentration. La reprise d'une activité professionnelle est impensable selon la Dresse F. \_\_\_\_\_. c) Dans leur expertise du 30 novembre 2012, les experts du CEMed constatent que l'assurée présente un tableau clinique de douleurs chroniques diffuses touchant l'ensemble du rachis et des extrémités, évoquant en premier lieu le diagnostic de fibromyalgie, ainsi que des symptômes associés, soit un état de fatigue permanent, des troubles du sommeil et des troubles cognitifs. Ils expliquent que certains éléments dépassent toutefois le cadre d'un syndrome fibromyalgique, faisant suspecter une certaine amplification des douleurs. L'amplification s'est manifestée au cours de l'examen clinique par une certaine attitude démonstrative dans l'expression des douleurs, équivalant, selon le Dr P. \_\_\_\_\_, à ce que la CIM-10 (Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes) désigne par majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Cette amplification a déjà été évoquée dans le cadre de la première demande, notamment dans le rapport d'examen bidisciplinaire du 15 juillet 2004 où le Dr X. \_\_\_\_\_ soulignait l'importante part d'amplification des plaintes présentées par l'assurée. Cela étant, aux fins de se prononcer sur les atteintes somatiques objectives, les experts se réfèrent aux examens radiologiques effectués en février et mars 2011 figurant au dossier constitué par l'intimé. Les radiographies et échographie de l'épaule droite ont révélé une tendinopathie calcifiante modérée et des troubles dégénératifs modérés de l'acromio-claviculaire. Les radiographies du rachis lombaire ont mis en évidence une discrète déshydratation discale étagée, sans discopathie importante, avec des protrusions

discales plutôt modérées en L4-L5 et L5-S1, sans conflit discoradiculaire, et la présence d'un rétrécissement modéré du canal lombaire au niveau L4-L5. Les radiographies de la colonne cervicale n'ont révélé aucune lésion dégénérative significative, aucun pincement discal, aucune uncarthrose évidente ni trouble statique dégénératif. Les experts nient ainsi la cervicarthrose énoncée par le Dr B. \_\_\_\_\_, en l'absence de pathologie

- 28 - ostéoarticulaire significative au niveau de la nuque. Il appert au demeurant que le constat de cervicarthrose est motivé, aux dires du Dr B. \_\_\_\_\_, non par des éléments objectifs mais par les plaintes de la patiente (douleurs à l'épaule droite s'étendant à la colonne cervicale). S'agissant de la symptomatologie du rachis et de l'épaule, les experts considèrent que les anomalies radiologiques sont modérées et n'expliquent aucunement l'intensité et le caractère handicapant des douleurs. Un constat similaire a précédemment été émis par le Dr X. \_\_\_\_\_ après examen des radiographies pratiquées le 14 juillet 2004 ; ce praticien a relevé que les radiographies étaient rassurantes et que « même s'il existe incontestablement une atteinte documentée au niveau lombaire et au niveau de l'épaule droite, l'ensemble des plaintes présentées par cette assurée dépasse ce qui est explicable biomécaniquement ». Il retenait ainsi que les pathologies recensées au niveau lombaire et de l'épaule droite justifiaient des limitations fonctionnelles mais leur respect permettait de définir des activités professionnelles compatibles. Dans le même esprit, les experts du CEMed admettent une impotence fonctionnelle dans les mouvements d'élévation ou d'abduction du bras au-dessus de l'horizontale, avec ou sans port de charge, les mouvements répétitifs du bras qui sur-sollicitaient l'épaule (travail à la chaîne), la position debout prolongée nécessitant le port de charges modérées à lourdes de façon répétitive et dans les mouvements répétitifs en flexion/rotation ou en extension du tronc. Selon les experts, la capacité de travail reste entière dans toute activité respectant les limitations précitées ; l'ancienne activité d'ouvrière en usine, apparaissant peu compatible avec les limitations, n'est plus exigible. Les conclusions des experts emportent conviction dès lors qu'elles reposent sur une étude circonstanciée, une anamnèse détaillée, sont claires et dûment motivées. Les experts tiennent compte des plaintes de la recourante, soulignant leur amplification et, dès lors, la nécessité de se référer aux examens radiologiques réalisés en 2011. Les griefs de la recourante à cet égard ne sauraient être retenus ; l'attitude démonstrative de cette dernière a été évoquée à maintes reprises, tant lors de la demande initiale que dans le cadre de la nouvelle demande, de sorte que

- 29 - la référence aux examens radiologiques pour évaluer les atteintes objectives n'est pas à remettre en cause. De surcroît, la recourante ne retient que des bribes des différents rapports pour nier la valeur probante de l'expertise du CEMed alors que si l'on se réfère à l'ensemble des constatations des médecins (particulièrement les examinateurs du SMR et les experts), il en résulte de nombreuses similitudes. Au demeurant, les rapports du Dr K. \_\_\_\_\_, qui estime que la recourante ne peut plus travailler, et du Dr B. \_\_\_\_\_, qui ne se prononce pas clairement sur la capacité de travail, ne permettent pas de jeter le doute sur les conclusions de l'expertise. En effet, ils se prononcent essentiellement sur les douleurs ressenties par l'assurée, arguant qu'elles réduisent sa mobilité. Partant, il y a lieu d'admettre qu'au plan strictement physique, la symptomatologie au niveau du rachis et de l'épaule droite ne contrevient pas à l'exercice d'une activité exercée à plein temps, respectant les limitations fonctionnelles énoncées. De surcroît, il n'existe aucun élément objectif indiquant une aggravation de l'état de santé somatique, depuis la décision initiale. d) Cela étant, il convient d'examiner l'éventuelle influence des troubles psychiques sur la

capacité de travail de la recourante. A l'examen clinique, les experts constatent la mise en avant, par la recourante, d'une symptomatologie dépressive, anxieuse et de stress post-traumatique, les deux dernières n'étant pas mentionnées dans l'évaluation psychiatrique du SMR en 2008. Pro memoria, lors de son examen, la Dresse T. \_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant, troubles de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée et personnalité avec traits dépendants, considérés comme n'affectant pas la capacité de travail. S'agissant de la symptomatologie évoquant un état de stress post-traumatique, les experts relèvent que les événements à l'origine de ces plaintes remontent à 1995, tout en soulignant des discordances sur l'anamnèse familiale. Ils s'étonnent dès lors qu'une telle symptomatologie

- 30 - se soit développée après 2008, l'écartant de ce fait. Leurs conclusions à ce sujet peuvent être suivies, étant relevé que ni la Dresse F. \_\_\_\_\_ ni le Dr H. \_\_\_\_\_ n'évoquent cette symptomatologie. Dans son rapport du 21 juin 2013, le Dr H. \_\_\_\_\_ mentionne que tous les problèmes psychiques sont directement liés aux problèmes physiques, diagnostiqués en 2000. Quant à la Dresse F. \_\_\_\_\_, elle soutient l'existence d'un trouble psychique existant depuis 2001. S'agissant de la symptomatologie évoquant des crises de panique, les experts retiennent que les symptômes mentionnés peuvent correspondre au diagnostic de trouble panique, répertorié sous le code F41.0 « autres troubles anxieux » selon la CIM-10, diagnostic également posé par le Dr H. \_\_\_\_\_. Certaines incohérences conduisent cependant les experts à qualifier ce trouble panique de possible. Ils relèvent à cet égard que la recourante se contredit en alléguant une peur des ascenseurs alors qu'elle les utilise tout de même. Ils soulignent également l'absence de signe d'anxiété durant l'entretien au moment où la recourante évoque les différents événements qui, selon ses dires, l'auraient traumatisée. Cela étant, les experts considèrent que ce possible trouble panique n'affecte pas la capacité de travail. Finalement, les experts relèvent que la symptomatologie dépressive semble identique à celle décrite en 2008. En ne s'appuyant que sur l'observation clinique, il ne reste, selon eux, que de discrets signes dépressifs, compatibles au vu de l'évolution chronique des symptômes avec un trouble dysthymique. Ils se réfèrent aux symptômes de tristesse, anhédonie, trouble du sommeil, asthénie, mauvaise estime de soi, trouble de la concentration et pessimisme, lesquels sont notamment énoncés par les psychiatres traitants. Cela étant, les experts retiennent une dysthymie secondaire au syndrome douloureux et rappellent que l'examen rhumatologique ne peut expliquer les douleurs diffuses dont se plaint l'assurée, que cet examen met en évidence une certaine attitude démonstrative dans l'expression des douleurs et qu'il existe des facteurs psychosociaux associés à ces plaintes. Le tableau clinique présenté par la recourante est ainsi caractérisé par la présence de douleurs multiples et

- 31 - diffuses associées à une symptomatologie dépressive ; les douleurs ne trouvent pas leur origine dans une affection somatique susceptible d'expliquer, à elle seule, l'importance de l'incapacité de travail dont se prévaut la recourante. Dès lors, il convient d'apprécier l'éventuelle influence de l'atteinte à la santé psychique sur la capacité de travail de la recourante à la lumière des principes jurisprudentiels énoncés ci-après. aa) La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier – sur les plans médical et juridique – le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. Selon la jurisprudence, de tels syndromes n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité

(ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existe une présomption que ces syndromes ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). La Haute Cour a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1, 132 V 65 consid. 4.2). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, des affections corporelles chroniques (dont les manifestations douloureuses ne se recoupent pas avec le trouble somatoforme douloureux), un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (TF I 81/07 arrêt du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et la

- 32 - référence citée). En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) (ATF 130 V 132). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact ; ATF 132 V 65 consid. 4.2 et 131 V 49). bb) Si les experts évoquent la présence chez la recourante d'une symptomatologie dépressive, celle-ci n'est selon toute vraisemblance pas d'une intensité suffisante pour justifier une incapacité de travail. Ils considèrent que les discrets signes dépressifs sont tout au plus compatibles avec un trouble dysthymique, secondaire au syndrome douloureux, diagnostiqué qu'ils répertorient dans la rubrique des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Partant, on ne saurait retenir la présence d'une comorbidité psychiatrique importante, étant par ailleurs relevé que les états dépressifs – pris en tant que comorbidité psychiatrique – constituent généralement des manifestations d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (TF I 87/06 du 31 janvier 2007 et la jurisprudence citée). Par ailleurs, le traitement psychique ne semble pas suivi de manière assidue par la recourante ; les experts relèvent une compliance

- 33 - douteuse au traitement antidépresseur et mettent en doute la réalité du suivi psychiatrique annoncé. Partant, le critère de l'échec du traitement ne trouve pas sa place dans le présent cas. Il en va de même s'agissant du critère des affectations corporelles

chroniques, eu égard à l'examen rhumatologique au CEMed. On peut également suivre les experts lorsqu'ils énoncent que les autres critères reposent sur une anamnèse, en l'occurrence, peu fiable, de sorte que l'on ne saurait admettre que ces critères sont remplis. Finalement, il ressort de l'expertise du CEMed, comme de l'examen du SMR en juillet 2004, que les plaintes de l'assurée sont amplifiées lors des examens cliniques (cf. consid. 5b supra). Conformément à la jurisprudence exposée ci-dessus, il doit être tenu compte d'une telle amplification des symptômes – comme des grandes divergences entre les informations fournies par l'expertisée et celles ressortant de l'anamnèse – dans le cadre de l'examen du droit aux prestations d'assurance. Dans ces conditions, il convient d'admettre que le trouble douloureux somatoforme persistant peut être surmonté par un effort de volonté raisonnablement exigible et ne saurait être jugé comme incapacitant. cc) A l'aune de ce qui précède, il ne se justifie dès lors pas de s'écarter des conclusions, claires et dûment motivées, émises par les experts du CEMed. Le rapport du Dr H. \_\_\_\_\_, qui suit l'assurée depuis le 1er novembre 2012, ne permet pas de jeter le doute sur les conclusions de l'expertise. En effet, son rapport ne fait pas apparaître d'élément objectivement vérifiable qui n'aurait pas été pris en compte par les experts ou qui serait survenu après leur examen. Les symptômes énoncés par le Dr H. \_\_\_\_\_ se recoupent en réalité avec ceux retenus par les experts et semblent principalement se rapporter aux problèmes physiques dont se plaint la recourante. La conclusion quant à une incapacité de travail totale n'est le fait que d'une appréciation différente, vraisemblablement plus empathique, d'une situation médicale identique. Partant, on retiendra que la recourante ne présente pas, sur le plan

- 34 - psychique, une atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance- invalidité. e) Au vu des considérants qui précèdent, il a lieu de retenir, à l'instar de l'intimé, que la recourante présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. De surcroît, sur le plan somatique, aucune aggravation de l'état de santé de la recourante depuis 2008 ou 2009 n'a été objectivement mise en évidence. Sur le plan psychique, s'il a été fait mention de nouveaux symptômes, ces derniers ne donnent pas lieu à retenir une atteinte à la santé invalidante. Partant, entre la décision initiale du 20 mars 2008 et la décision litigieuse du 11 juillet 2013, il n'apparaît aucune aggravation importante de l'état de santé de la recourante de nature à influencer négativement sa capacité de travail. Une nouvelle expertise ne conduirait par ailleurs pas, selon toute probabilité, à une constatation différente. 6. En définitive, la décision attaquée n'est pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée. Il s'ensuit que le recours doit être rejeté. a) La recourante ne peut prétendre de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). Par ailleurs, la procédure est onéreuse et la recourante, qui voit ses conclusions rejetées, devrait en principe supporter les frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI et art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Elle a toutefois été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que la rémunération du conseil d'office ainsi que les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont provisoirement supportés par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]), en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure.

- 35 - b) Le montant de l'indemnité au défenseur d'office doit être fixé eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (art. 2 RAJ). En l'espèce, Me Treyvaud a produit une liste de ses opérations le 28 mai 2014, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat, de sorte qu'elle doit être arrêtée à 2 heures et 55 minutes de prestations d'avocat, soit un montant d'honoraires s'élevant à 567 fr. (TVA comprise). Au demeurant, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1). Ainsi, une indemnité de 26 fr. 80 (TVA comprise) pour les débours est également allouée (art. 3 al. 3 RAJ). Le montant total de l'indemnité de Me Treyvaud s'élève donc à 593 fr. 80.

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