

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 juin 2011

Présidence de Mme PASCHE
Juges : M. Jomini et M. Bonard, assesseur
Greffière : Mme Barman

Cause pendante entre :

C._____, à Villeneuve, recourante, représentée par Me Bernard Delaloye,
avocat à Monthey,

et

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

Art. 87 al. 3 RAI

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après: l'assurée), née en 1956, mariée et mère de trois enfants nés en 1981, 1982 et 1985, a travaillé en qualité de lingère. Elle a déposé le 11 mars 1998 une première demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente. Elle indiquait comme atteinte à la santé des lombosciatalgies existant depuis 1992.

Cette demande a été rejetée par décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI) du 7 novembre 2000. Saisi par l'assurée, le Tribunal des assurances du canton de Vaud a mis en œuvre une expertise auprès du Dr F._____, spécialiste FMH médecine interne et maladies rhumatismales. Ce dernier a notamment retenu un trouble somatoforme douloureux ainsi qu'une discopathie L5-S1 avec antécédent de hernie discale L5-S1 luxée vers le bas. Il estimait que l'assurée pouvait travailler à 100% dans une activité adaptée (rapport médical du 18 décembre 2002). L'assurée a en outre été examinée par le Dr B._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, l'expert F._____ ayant été autorisé à s'adjoindre les services d'un ou deux spécialistes. Ce praticien a constaté la présence d'un trouble somatoforme douloureux sans comorbidité psychiatrique significative et n'a retenu aucune incapacité de travail sur le plan psychiatrique (rapport médical du 9 janvier 2003). Par jugement du 14 mai 2003 (cause AI 401/00 - 240/2003), le Tribunal des assurances a rejeté le recours de l'assurée, retenant en substance que l'avis de l'expert F._____ devait être préféré à celui des autres médecins et pouvait se voir accorder pleine valeur probante, et qu'il fallait ainsi retenir que l'assurée pouvait travailler à 100% dans une activité adaptée, savoir un travail léger, sans port de charges, et permettant une alternance de positions. Le Tribunal fédéral des assurances a confirmé cette décision par arrêt du 17 août 2004 (cause I 732/03).

B. Le 22 septembre 2004, le Dr Q._____, médecin généraliste traitant, a établi un certificat médical indiquant ce qui suit:

"Mme C._____ est toujours en traitement pour lombalgies de douleurs chroniques articulaires et de troubles anxio-dépressifs d'adaptation. Son état tend à s'aggraver depuis plusieurs mois avec péjoration des lombalgies et une demande accrue de soins et médication. Cette patiente devrait pouvoir bénéficier d'un nouvel examen de l'AI en vue d'une prestation de rente ou d'aide au reclassement professionnel."

Sur la base de ce certificat, l'OAI a rendu une décision de refus d'entrer en matière le 1^{er} décembre 2004, l'assurée ne faisant valoir aucun fait nouveau dont l'Office ou les tribunaux n'aurait tenu compte. Cette décision n'a pas fait l'objet d'un recours.

C. Le 7 décembre 2005, C._____ a déposé une troisième demande de prestations de l'assurance-invalidité, sollicitant l'octroi d'une rente. Elle invoquait comme atteinte un état dépressif existant depuis 1994.

Précédemment, soit le 2 décembre 2005, le Dr Q._____ s'était adressé à l'OAI notamment en ces termes:

"Je joins à cette lettre une copie du rapport des médecins psychiatres du centre [...] à [...] qui ont suivi cette patiente du 06.05.2005 au 10.08.2005 et vous serais reconnaissant de bien vouloir statuer dans les meilleurs délais sur sa demande de prestations AI, afin que cette dernière puisse arrêter sa quête de reconnaissance de statut de malade et son harcèlement auprès du corps médical, en ce qui concerne les demandes de soins et d'investigations médicales."

Dans leur lettre du 13 octobre 2005, les Drs N._____ et K._____, respectivement chef de clinique et médecin assistant au Centre [...], ont conclu ce qui suit:

"Nous estimons que Madame C._____ n'est pas en mesure de trouver un travail et de l'assumer. Madame C._____ présente des difficultés à s'organiser et présente un manque de sécurité en elle-même sévère qui lui génère un état d'anxiété aboutissant à des crises d'angoisses. Nous pensons qu'une rente AI serait souhaitable avec la possibilité d'avoir une activité occupationnelle qui

permettrait d'évaluer et de la préparer pour une éventuelle reprise d'activité professionnelle, mais probablement à temps partiel et toujours adapté à ses capacités."

Dans un avis du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR) du 3 février 2006, le Dr D._____, spécialiste FMH en médecine générale, a considéré que les médecins du Centre [...] n'avaient pas posé de diagnostic. Il retenait en outre ce qui suit:

"Les symptômes annoncés peuvent entrer dans le cadre d'un épisode dépressif léger à moyen (tristesse, anhédonie, apathie, difficultés à se projeter dans l'avenir). Ces quelques symptômes de trouble thymique sont souvent associés au trouble somatoforme douloureux (dont Madame souffre depuis plus de 6 ans) sans qu'il engendre de diminution de l'exigibilité (co-morbidité psychiatrique non significative) et n'a donc pas valeur d'invalidité, contrairement à ce que proposent les psychiatres dans leurs brèves conclusions."

Il concluait qu'il n'y avait pas d'argument pour une aggravation suffisante de l'état de santé de l'assurée qui permette d'aller plus avant dans la nouvelle demande de prestations.

Par décision du 9 février 2006, l'OAI a, à nouveau, refusé d'entrer en matière, l'assurée ne faisant valoir aucun fait nouveau et sa quête incessante auprès du corps médical n'étant pas motif à influencer l'étendue de l'invalidité puisqu'elle ne présentait pas une atteinte à la santé invalidante au sens de la loi.

Par lettre du 24 février 2006, C._____ a formé opposition à cette décision, faisant valoir que sa santé s'était passablement altérée. Elle a produit un certificat du Dr Q._____, établi à sa demande. Ce médecin y indiquait ceci:

"Mme C._____ m'a consulté aujourd'hui en état de détresse profonde et décompensée psychiquement à la suite du refus de sa demande par l'AI.

Il est clair que son état de santé s'est détérioré ces derniers mois et la patiente n'est pas en mesure de trouver du travail et de l'assumer."

Le 28 avril 2006, le médecin traitant a écrit à l'OAI que l'état de sa patiente s'était encore aggravé, raison pour laquelle elle était à nouveau adressée au Centre [...] à [...] pour une prise en charge. Il joignait un rapport des Dr N. _____ et K. _____ du 10 avril précédant.

Dans ce rapport, les médecins ont posé les diagnostics d'anxiété généralisée (F41.1) et de trouble panique (F41.0) et ont conclu que l'assurée souffrait d'une nouvelle aggravation de sa symptomatologie anxieuse, handicapante et qui se véhiculait somatiquement, sous forme de nualgies et dorsalgies. Ils ont constaté une quasi inexistante capacité d'élaboration de ses difficultés, ce qui excluait un travail psychothérapeutique. Parallèlement, elle présentait de faibles ressources pour faire face à ses difficultés et s'orienter vers une activité professionnelle ou occupationnelle qui pourrait, théoriquement, l'aider à mieux structurer sa journée et se sentir valorisée.

Dans un nouvel avis médical du 5 octobre 2007, le Dr D. _____, du SMR, indiquait que les symptômes décrits ainsi que l'observation clinique ne montraient aucune aggravation par rapport aux documents du 13 octobre 2005. Il concluait que l'ensemble de la symptomatologie présentée par l'assurée entrait clairement dans le cadre d'un problème réactionnel au refus de prestations.

Par décision sur opposition du 9 octobre 2007, l'OAI a confirmé son refus d'entrer en matière.

Dans un certificat du 9 novembre 2007, le Dr Q. _____ a écrit ce qui suit:

"A qui de droit

Mme C. _____ a consulté ces derniers jours très décompensée par la décision négative de l'AI.

La prise en charge par les psychiatres du CPS Aigle se poursuit et une évaluation ergothérapeutique est en cours.

Il semble que l'état de cette patiente se péjore et nécessite une prise en charge plus soutenue et il me paraît justifié que son cas puisse être réexaminé."

Le 21 novembre 2007, l'OAI a transmis ce certificat à l'assurée pour qu'elle le contresigne afin de l'adresser au tribunal comme valant recours, ce qui a été fait en date du 23 novembre 2007. Il l'informait également de sa "possibilité de déposer une nouvelle demande de prestations, le moment venu" si son état de santé devait s'aggraver de manière durable justifiant une incapacité de travail de longue durée.

Le 28 novembre 2007, l'OAI a transmis au Tribunal des assurances le certificat susnommé pour valoir recours contre la décision sur opposition. Par jugement du 16 octobre 2008, le Tribunal des assurances a rejeté le recours de l'assurée et confirmé la décision de l'OAI du 9 octobre 2007 (cause AI 484/07 - 422/2008), retenant en substance qu'il n'y avait pas, au jour du dépôt de la demande, d'éléments suffisants pour retenir une aggravation de l'état de santé de l'assurée. Il précisait pour le surplus qu'il ne pouvait tenir compte des éléments médicaux dont se prévalait la recourante, postérieurs au dépôt de sa troisième demande, mais qu'elle pourrait les faire valoir en déposant cas échéant une nouvelle demande dans une procédure de révision.

D. Le 20 février 2009, C. _____ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité. Selon une fiche d'entretien téléphonique du 25 février 2009 au dossier, l'assurée a informé l'OAI qu'elle souffrait de maux de dos et de dépression.

Par courrier adressé le même jour, l'OAI lui a fait savoir qu'il considérait sa demande du 24 février 2009 comme une nouvelle demande au sens de l'art. 17 LPGA et des art. 87 ss RAI, en précisant qu'elle ne pouvait être examinée, en application de ces dispositions, que s'il était établi de façon plausible que l'invalidité ou l'impuissance s'était modifiée de manière à influencer ses droits. Un délai de 30 jours lui était dès lors imparti pour produire un rapport médical détaillé ou pour apporter tout autre élément propre à constituer un motif de révision, faute de quoi il serait considéré qu'elle n'avait pas rendu plausible la modification de son degré d'invalidité et une décision de non-entrée en matière lui serait notifiée.

Dans une correspondance du 16 mars 2009 à l'OAI, l'assurée a déclaré avoir une hernie discale, de l'arthrose, des douleurs au niveau des jambes et marcher avec une canne. Elle faisait état de douleurs à la colonne vertébrale, à la poitrine, se disait dépressive et indiquait les numéros de téléphone de la Dresse S._____, spécialiste FMH en psychiatre et psychothérapeute, et du Dr Q._____.

Par courrier du 2 avril 2009, l'OAI a accusé réception de cette communication et a renvoyé à sa correspondance du 25 février 2009, accordant un dernier délai au 30 avril 2009 à l'assurée pour fournir les éléments requis.

Le Dr Q._____ a adressé à l'OAI, le 21 avril 2009, un certificat médical à la teneur suivante:

"Madame C._____ continue d'être suivie à notre consultation et à la consultation de la Dresse S._____, psychiatre à Monthey dès 2004.

Il y a une nette détérioration de son état général depuis plusieurs mois avec atteinte grave de la qualité de vie, et la patiente se plaint de douleurs thoraciques, de manque de force et de jambes qui lâchent, de perte de mémoire et de douleurs à la nuque. La patiente ne me paraît pas apte à aucune activité ni professionnelle ni dans la vie quotidienne. Son traitement médicamenteux actuel: Cosaar, Olfen 75, Dafalgan 1 gr, Condrosulf 400, Citalopram, Séroquel, Zoldorm et Tranxilium 2x10 mg. Suivi psychiatrique régulier assuré par la Dresse S._____, psychiatre FMH à Monthey. Cure de traitement de physiothérapie à Lavey en cours. Douleurs au dos, du thorax et des jambes de façon importante et permanente dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique. Trouble dépressif et troubles d'adaptation avec nombreuses somatisations.

Le pronostic fonctionnel, social et professionnel est réservé et limité. Pour d'autres renseignements utiles, prière de vous adresser à la Dresse S._____ [...]."

Dans l'avis SMR du 18 juin 2009, le Dr D._____ a relevé ce qui suit:

"Date de la demande 24.02.2009

Demande du 24.02.2009 pour des MOP et une rente (4^{ème} demande, précédée 2.5 mois auparavant par l'annonce que Me A. Karaj est le nouveau conseil de l'assurée. Les 3 précédentes demandes ont fait l'objet d'un refus de prestations, refus confirmé pour la première par le TFA en date du 17.08.2004 et pour la troisième par le TCA en date du 16.10.2008).

En résumé, on sait sur la base d'expertises réalisées à la demande du TCA (Dr F._____, rhumatologue, 18.12.2002 et Dr B._____, psychiatrie, 09.01.2003) que l'assurée présentait une CT nulle en tant que lingère, mais entière dans une activité adaptée à sa discopathie L5-S1 avec antécédents de hernie discale L5-S1 luxée vers le bas: le syndrome somatoforme douloureux persistant, l'HTA et l'obésité n'étaient pas considérés comme incapacitants. Depuis lors l'état de santé a été décrit comme aggravé au plan psychiatrique, chaque fois en réaction aux refus de prestations. Rappelons que l'assurée ne travaille plus depuis 1995, que la famille est largement au bénéfice de prestations AI. Précisons que le jugement du TCA de 10.2008 ne portait que sur les éléments médicaux en lien avec la 3^{ème} demande datée de 12.2005, à savoir le certificat du CPS [...] daté du 13.10.2005: le TCA propose le dépôt d'une nouvelle demande pour évaluer les éléments médicaux postérieurs à 12.2005. Dans leur lettre du 10.04.2006, les psychiatres du CPS [...], mandatés en consilium par le Dr Q._____, médecin traitant, ont rencontré l'assurée en date du 23.03.2006; ils précisent une aggravation clairement réactionnelle au refus de prestations de l'AI (qui ne saurait être invalidante), ne retiennent pas le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant, mais annoncent ceux d'anxiété généralisée (F41.1) et trouble panique (F41.0). Ils ne précisent ni l'intensité de l'anxiété généralisée ni la fréquence des attaques de panique. Les douleurs sont comprises comme un symptôme complémentaire aux autres, et non pas comme un symptôme causal. Il n'y a pas d'aggravation de la symptomatologie par rapport à la lettre du 13.10.2005. En date du 21.04.2009, soit 6 mois après le rejet du TCA, le Dr Q._____, médecin traitant, retient à nouveau une nette détérioration de l'état général de l'assurée, depuis plusieurs mois, avec une CT jugée comme nulle; les diagnostics retenus sont: syndrome somatoforme douloureux chronique, trouble dépressif et troubles d'adaptation avec nombreuses somatisations. Un suivi psychiatrique auprès de la Dresse S._____ est annoncé depuis 2004: ce fait est surprenant, puisqu'il n'est annoncé qu'en 2009 et n'a été relaté ni par le Dr Q._____ auparavant, ni par le TCA ni par les psychiatres du CPS [...]. Le traitement consiste en Citalopram et Seroquel dont le dosage n'est pas précisé dont on ignore la compliance, et Zoldorm, Tranxilium 2x10 mg/j.

En conclusion, depuis 12.2005, ni les médecins du CPS [...], ni le Dr Q._____ n'apportent d'éléments médicaux nouveaux, en particulier au plan psychiatrique, susceptibles de modifier l'exigibilité fixée en son temps (2003): l'aggravation alléguée est réactionnelle aux diverses tribulations assécurologiques, les troubles anxieux ne sont pas étayés. Enfin, le suivi psychiatrique auprès de la Dresse S._____ depuis 2004 n'a jamais été signalé avant avril 2009, ce qui paraît très surprenant, et laisse penser que l'assurée ne présente pas de pathologie psychiatrique à ce point grave qu'elle puisse engendrer une IT de longue durée. Enfin 3 années se sont

écoulées depuis le consilium psychiatrique de mars 2006: mais ni le Dr Q._____, et encore moins la Dresse S._____, n'ont fourni de certificat étayé, circonstancié et pertinent pour laisser envisager une aggravation susceptible d'engendrer une diminution prolongée de la CT.

Au vu de ces considérations, il s'agit d'envoyer un refus d'entrer en matière sur cette 4^{ème} demande.

NB: le dossier a été étudié avec le psychiatre de la permanence SMR."

Le 26 juin 2009, l'OAI a communiqué à l'assurée un préavis (projet de décision) de refus d'entrer en matière sur la demande de prestations, dont la teneur était la suivante:

"[...] Nous précisons que depuis 2005, ni le Dr Q._____, votre médecin-traitant, ni les psychiatres du Centre [...] à [...], mandatés en consilium psychiatrique en mars 2006, n'ont apporté sur le plan psychiatrique d'éléments médicaux nouveaux, susceptibles de modifier l'exigibilité estimée à l'origine.

En effet, force nous est de constater que les troubles anxieux et panique dont il a été fait état n'ont pas été étayés de manière probante, ni du point de vue de l'intensité de l'anxiété, ni de la fréquence des attaques de panique.

Le rapport du 10 avril 2006 du Centre [...], ainsi que la correspondance du Dr Q._____ du 9 novembre 2007, précisaient déjà que la péjoration de votre état psychique était clairement réactionnelle suite au refus de prestations de l'assurance-invalidité. Cela n'est pas du ressort de l'assurance-invalidité.

Avec votre nouvelle demande du 24 février 2009, vous n'avez pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle. C'est pourquoi une autre appréciation d'un état de fait demeuré inchangé n'est pas possible.

Le suivi psychiatrique dès 2004 par la Dresse S._____ - mentionné pour la première fois par le Dr Q._____ le 21 avril 2009 - n'avait jamais été relaté auparavant, ni par le Dr Q._____, ni par les Tribunaux saisis, ni par les psychiatres du Centre [...] à [...]. Par conséquent, aucun élément ne laisse envisager une pathologie psychiatrique d'une gravité de nature à engendrer une incapacité de travail de longue durée.

Le dosage du traitement médicamenteux prescrit actuellement n'est pas mentionné et la compliance à ce traitement n'est pas documentée. Aucun argument étayé et pertinent, apportant des éléments nouveaux n'a été fourni.

De fait, aucune aggravation n'est rendue crédible. Par conséquent, nous considérons que l'exigibilité est inchangée depuis notre dernière décision.

Notre décision est par conséquent la suivante:

- Nous n'entrons pas en matière sur la demande de prestations."

L'assurée a fait part de ses observations à l'OAI par courrier du 6 juillet 2009, faisant valoir une péjoration de son état et listant les médicaments qu'elle consommait.

Par décision du 11 novembre 2009, l'OAI a confirmé son projet de décision du 26 juin 2009, reprenant sa motivation.

E. Par courrier du 8 décembre 2009 à l'OAI, l'assurée s'est étonnée que l'Office n'ait pas demandé de rapport médical à sa psychiatre et à son médecin traitant avant de statuer. L'OAI a transmis le courrier précité le 18 décembre 2009 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal comme objet de sa compétence, laquelle a traité cette lettre comme un recours.

Dans sa réponse du 12 mars 2010, l'OAI propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

Par réplique du 19 mai 2010, l'assurée, désormais assistée par l'avocat Bernard Delaloye, conclut avec suite de frais et dépens à ce que l'OAI soit condamné à lui payer des prestations AI avec effet à la date de la demande de révision. Elle se base sur un rapport médical adressé le 27 avril 2010 à son avocat par le Dr Q. _____, qui retient les diagnostics de syndrome douloureux chronique somatoforme, de rachialgies chroniques sur discopathie L5-C1 et troubles statiques dégénératifs, de gonalgies bilatérales dans un contexte de syndrome fémoro-patellaire, d'hypertension artérielle traitée, de troubles anxieux généralisés et épisodes dépressifs réactionnels légers, de trouble panique et d'obésité (BMI à 35) en cours de prise en charge et traitement. Ce praticien est d'avis que l'état de santé de sa patiente s'est péjoré progressivement avec une nette aggravation depuis la fin de l'année 2008 et que l'évolution de son état de santé l'empêche d'avoir des projets à long terme. La recourante fait valoir à cet égard que la pratique des tribunaux

consistant à ne pas donner la même valeur probante à une expertise privée et fournie par la personne assurée qu'à celle des Centres d'observation médicale de l'AI est incompatible avec l'art. 110 CEDH (*sic*). Elle estime que le certificat médical de son médecin traitant doit être considéré comme un indice concret remettant en doute les autres constatations médicales et devant inciter l'autorité de jugement à accorder plus de crédit aux écrits du Dr Q._____. Elle relève enfin que si ce rapport ne devait pas suffire à justifier le droit aux prestations, elle requiert la mise en œuvre d'une expertise à effectuer en milieu universitaire. Le certificat médical du 27 avril 2010 du Dr Q._____ qu'elle produit en annexe a pour le surplus la teneur suivante:

"En référence à nos observations et aux différents rapports médicaux émanant du Centre [...] et de la Consultation ambulatoire du Chablais en 2005 et 2006, on peut noter une péjoration progressive de l'état de santé avec une nette aggravation depuis fin 2008. On est en présence d'un sujet qui présente un ralentissement psychomoteur, des moments de perplexité, des troubles de la mémoire et de l'attention. Mme C._____ décrivait des crises d'anxiété paroxystiques avec tout un cortège de symptômes neuro-végétatifs, des douleurs de la poitrine et des sensations de mort imminente. Elle se décrit comme profondément anxieuse avec fréquemment des crises de panique avec des symptômes comme des palpitations, des bouffées de chaleur, des transpirations profuses, des vertiges, des lipothymies. Depuis cette période, elle se présente régulièrement à notre consultation ou aux urgences des hôpitaux, se plaignant de douleurs thoraciques, de manque de force, de jambes qui lâchent, de douleurs à la nuque et au dos nécessitant fréquemment l'administration de médicaments en injection. Il y a également des troubles du sommeil tenaces et persistants. La patiente ne me paraît pas apte à aucune activité ni professionnelle, ni dans la vie quotidienne. Son traitement médicamenteux actuel: Cosaar, Olfen 75, Dafalgan 1 gr, Condrosulf 400. Suivi psychiatrique régulier assuré par la Dresse S._____, Psychiatre FMH à Monthey qui lui prescrit des médicaments comme Citalopram, Seroquel, Zoldorm et Tranxilium. Au cours du suivi, on est confronté à la pauvreté des ressources psychologiques pour faire face à sa situation et on note l'absence de capacité d'élaboration, ce qui rend impossible un travail de psychothérapie. La longue évolution nous montre que Mme C._____ reste figée sur son anxiété et ses douleurs physiques, étant incapable de fonctionner dans un autre registre et d'avoir des projets à long terme. Ses faibles ressources psychologiques et intellectuelles limitées l'empêchent de faire face à ses difficultés et à s'orienter vers une activité professionnelle qui pourrait théoriquement l'aider à mieux structurer sa journée et se sentir valorisée. Une approche corporelle, sous forme de physiothérapie et d'ergothérapie, a été essayée en complément avec les médicaments avec des résultats limités.

Nouveau degré de l'incapacité de travail:

Depuis le 1^{er} dépôt de sa demande AI en 2001, la patiente n'a plus travaillé et au vu de ce qui précède, il apparaît que Mme C. _____ n'est pas en mesure de trouver un travail et de l'assumer. Théoriquement, ses chances de trouver une place dans un monde du travail devenu compétitif et exigeant sont nulles.

Pronostic:

Le pronostic professionnel et fonctionnel me paraît réservé et très limité."

Par duplique du 14 juin 2010, l'OAI maintient ses conclusions. Il rappelle que la décision attaquée est une décision de refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, qui ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Or le certificat médical du Dr Q. _____ du 21 avril 2009 n'indique pas en quoi l'état de santé de la recourante se serait aggravé ni quelles seraient les conséquences de cette aggravation sur la capacité de travail, ne contenant que des éléments subjectifs (plaintes), sans décrire de diagnostic ou de status; ces plaintes sont par ailleurs les mêmes que celles décrites par le Dr F. _____. Il précise enfin que les pièces produites en cours de procédure, comme le rapport du Dr Q. _____ du 27 avril 2010, échappent au pouvoir d'examen de la Cour, limitée à la question de savoir si c'est à juste titre que l'office intimé a refusé d'entrer en matière sur la 4^e demande de la recourante. Il en déduit que les conclusions tendant à l'octroi de prestations ou à la mise en œuvre d'une expertise sont irrecevables.

Par décision du Bureau de l'assistance judiciaire du 2 juillet 2010, l'assurée a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire.

Le 13 mai 2011, la recourante, toujours par son conseil, produit céans un rapport médical établi le 1^{er} mars 2011 par le Dr W. _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, arguant être consciente que l'intimé ne pouvait tenir compte de l'avis de ce spécialiste mais qu'il était parfois utile de présenter des pièces importantes pouvant permettre d'éviter le dépôt d'une nouvelle demande AI, respectivement de nouveaux recours. Le Dr W. _____ retient, après consultation de la recourante, des lombalgies basses récurrentes sans

signe radiculaire irritatif ou déficitaire et à insérer dans un contexte d'une importante discopathie L5-S1 qui s'est péjoré par rapport aux clichés de 1998 et un syndrome cervico-brachial C5 irritatif droit, à insérer également dans un contexte de trouble dégénératif sous-jacent important avec discopathie sévère en C5-C6 et C6-C7. Il conclut que, dans une activité adaptée médico-théorique, une capacité de travail pourrait probablement être raisonnablement exigée de la recourante.

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, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), 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.

b) La Cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) par C._____ contre la décision rendue le 11 novembre 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

2. a) Selon l'art. 87 al. 3 RAI (Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} mars 2004 (RO 2004 743), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impuissance ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. De même, lorsqu'une rente avait été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions posées à

l'art. 87 al. 3 RAI sont remplies (art. 87 al. 4 RAI). 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 130 V 64 consid. 5.2.3; 117 V 198 consid. 4b; 109 V 108 consid. 2a; TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009, consid. 1.2). Ainsi, 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 (ATF 117 V 198 consid. 3a; TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009, consid. 1.2).

b) Selon la jurisprudence fédérale, le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 195 consid. 2; 122 V 158 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI. Eu égard au caractère atypique de cette procédure dans le droit des assurances sociales, l'administration peut appliquer par analogie l'art. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; actuellement, voir l'art. 43 al. 3 LPGa) – qui permet aux organes de l'assurance-invalidité de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, RS 101]). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence se sont modifiées, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V

64 consid. 5.2.5; TF 9C_708/2007 du 11 septembre 2008, consid. 2.3 ; TFA I 52/03 du 16 janvier 2004, consid. 2.2; TFA I 67/02 du 2 décembre 2002, consid. 4). Il s'ensuit que les rapports médicaux produits ultérieurement au prononcé de la décision administrative ne peuvent être pris en considération dans un litige de ce genre, dans lequel l'examen du juge des assurances est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier (TF I 597/05 du 8 janvier 2007, consid. 4.1 et les références citées).

c) En l'espèce, la recourante n'a produit aucun rapport médical à l'appui de sa nouvelle demande de prestations AI du 20 février 2009. Par courrier du 25 février 2009, l'OAI lui a imparti un délai de 30 jours pour produire un rapport médical détaillé ou apporter tout autre élément propre à constituer un motif de révision, en l'avertissant que passé ce délai, il devrait considérer qu'elle n'a pas rendu plausible la modification de son degré d'invalidité et une décision de non-entrée en matière serait rendue. A la suite du courrier de la recourante du 16 mars 2009, l'OAI lui a accordé un dernier délai au 30 avril 2009 pour fournir les éléments requis. L'assurée lui a alors adressé le certificat médical du 21 avril 2009 du Dr Q._____.

Dès lors que la décision attaquée du 11 novembre 2009 constitue une non-entrée en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par la recourante, la question litigieuse est donc de savoir si cette dernière rend vraisemblable une péjoration de son état de santé au moment du dépôt de sa quatrième demande; partant, le rapport médical du Dr Q._____ du 27 avril 2010 n'a pas à être pris en considération dans l'examen de la présente affaire, pas plus que le rapport médical du Dr W._____ du 1^{er} mars 2011. Dès lors que le principe inquisitoire ne s'applique pas à ce stade de la procédure, le tribunal de céans n'a ainsi ni à mettre en œuvre une expertise de niveau universitaire tel que le demande la recourante dans son écriture du 19 mai 2010 ni à renvoyer la cause à l'OAI pour qu'il procède à une telle instruction mais seulement à examiner si les pièces déposées en procédure administrative

avec la nouvelle demande de prestations – en l'occurrence, le rapport médical du Dr Q._____ du 21 avril 2009 – justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier.

En l'occurrence, le Dr Q._____ fait état de multiples plaintes de la recourante, à savoir douleurs thoraciques, manque de force et jambes qui lâchent, perte de mémoire et douleurs à la nuque. Or le Dr B._____ relevait déjà sous la rubrique "données subjectives" de son rapport du 9 janvier 2003 que l'assurée se plaignait de douleurs, qui avaient débuté il y a fort longtemps au bas du dos, provoquant des blocages, irradiant dans les deux membres inférieurs, ainsi que de douleurs irradiant dans le thorax, subsidiairement présentes aux deux épaules et aux deux coudes. Ce médecin notait encore des plaintes relatives aux vertèbres cervicales et posait le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant (F 45.4) sans comorbidité psychiatrique significative. Or les observations du Dr B._____ sont superposables à celles du Dr Q._____ ("douleurs au dos, du thorax et des jambes de façon importante et permanente dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique", cf. rapport médical du 21 avril 2009). Le même constat peut être fait en relation avec le rapport médical du Dr F._____ du 18 février 2002, qui relevait, au titre des plaintes de l'assurée, des douleurs diffuses, prédominant au niveau du rachis cervical et lombaire, irradiant progressivement au tronc ainsi qu'aux membres inférieurs, les jambes étant décrites comme brûlantes. Les plaintes étaient dépeintes comme constantes de jour comme de nuit, aussi intenses le matin que le soir. Quant au trouble dépressif ainsi qu'aux troubles d'adaptation avec nombreuses somatisations relevés par le médecin traitant de l'assurée, de tels troubles ("trouble anxio-dépressifs d'adaptation") étaient déjà mentionnés dans son certificat médical du 22 septembre 2004, mais ils n'avaient pas été considérés comme suffisants pour admettre une aggravation de l'état de la recourante, l'OAI ayant, par décision du 1^{er} décembre 2004, refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations. Le 28 avril 2006, le Dr Q._____ écrit à l'OAI que l'état de sa patiente s'est à nouveau aggravé, si bien qu'elle était à nouveau adressée au Centre [...] [...] pour une prise en charge. Dans leur

rapport médical du 10 avril 2006, les Dr N._____ et K._____ posent les diagnostics d'anxiété généralisée (F41.1) et de trouble panique (F41.0), concluant que la recourante souffre d'une nouvelle aggravation de sa symptomatologie anxieuse, handicapante, qui se véhicule somatiquement, sous forme de nualgies et dorsalgies. Or le médecin traitant de l'assurée ne retient pas ces deux diagnostics dans son certificat médical du 21 avril 2009 mais uniquement ceux de syndrome douloureux chronique et de trouble dépressif et troubles de l'adaptation avec nombreuses somatisations. Au demeurant, son certificat médical est peu étayé et ne permet pas d'envisager une aggravation de l'état de santé de sa patiente susceptible de conduire à une diminution prolongée de sa capacité de travail. Finalement, ni le Dr Q._____ ni les médecins du Centre [...] n'apportent de nouveaux éléments déterminants depuis le rapport d'expertise mis en œuvre en 2003.

Vu ce qui précède, considérant que la recourante n'avait pas établi de façon plausible une aggravation de son état de santé, c'est à bon droit que l'administration a conclu que les conditions de l'art. 87 al. 3 RAI n'étaient pas réalisées et refusé d'entrer en matière sur la quatrième demande de prestations.

3. Il s'ensuit que, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

a) La recourante a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'avance des émoluments de justice et de la totalité des débours du greffe, l'assistance d'office d'un avocat, ainsi que l'avance jusqu'à concurrence de 100 fr. des frais d'assignation et de comparution des témoins, ainsi que les frais éventuels de parution dans la feuille d'avis officiel, ce par décision du Bureau de l'assistance judiciaire du 2 juillet 2010.

Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272] par renvoi de

l'art. 18 al. 5 LPA-VD [loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]).

Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office. Celui-ci a produit la liste de ses opérations, 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 9 heures de prestations d'avocat jusqu'au 31 décembre 2010, soit un montant total d'honoraires s'élevant à 1'620 fr., et à 1 heure et 45 minutes en 2011, soit 315 francs. 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). Selon la liste des débours produite par le conseil d'office, ceux-ci s'élèvent à 179 fr. 50 au 31 décembre 2010 et à 20 fr. 50 en 2011. Il convient d'ajouter au montant des honoraires et débours la TVA de 7.6% pour les opérations effectuées avant le 1^{er} janvier 2011 et de 8% pour les opérations postérieures, soit 136 fr. 75, respectivement 26 fr. 85. L'indemnité d'office du conseil de la recourante doit donc être arrêtée à 2'298 fr. 60, TVA comprise.

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 de rembourser le montant dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC 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 payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

b) Le présent arrêt est rendu sans dépens, la recourante n'ayant pas obtenu gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
prononce :

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 11 novembre 2009 est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** L'indemnité d'office de Me Delaloye, conseil de la recourante, est arrêtée à 2'298 fr. 60 (deux mille deux cent nonante huit francs et soixante centimes).
- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Bernard Delaloye (pour C. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

L'arrêt qui précède est également communiqué, par courrier électronique, au Service juridique et législatif.

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

La greffière :