

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 juin 2013

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : MM. Neu et Métral
Greffière : Mme Mestre Carvalho

* * * * *

Cause pendante entre :

J. _____, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Pierre Bloch, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 87 RAI

E n f a i t :

A. a) J._____ (ci-après : l'assurée), d'origine turque, née en 1956, sans formation professionnelle, est arrivée en Suisse en 1989. Dans ce pays, elle a occupé divers emplois non qualifiés (en tant qu'ouvrière d'usine, repasseuse ou nettoyeuse) jusqu'en 1995, avant de percevoir des prestations de l'assurance-chômage et de participer à des programmes d'occupation. Elle a ensuite été mise au bénéfice de prestations de l'aide sociale.

Sur le plan familial, on notera que l'assurée a donné naissance à des jumelles en 1973 puis à un fils en 1982, et a divorcé en 2006.

b) Le 13 juin 2000, J._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) tendant à l'octroi d'une rente, eu égard à de la fatigue, des maux de tête, des démangeaisons continuelles entre les fesses et des douleurs dorsales. Elle a ultérieurement complété sa demande en indiquant que sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à 100% comme ouvrière (cf. formulaire 531 bis du 3 août 2000).

Sur requête de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), la Dresse D._____, de la Policlinique de dermatologie du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier N._____), a établi un rapport médical le 22 septembre 2000, aux termes duquel elle a précisé que l'assurée souffrait d'un prurit anal chronique d'origine indéterminée ainsi que d'une sensibilisation de contact aux parfums et au nickel, étant relevé qu'aucun arrêt de travail n'avait été délivré à la patiente depuis février 2000.

Par rapport du 4 janvier 2001, le Dr S._____, médecin généraliste traitant de l'assurée, a diagnostiqué un prurit périanal chronique invalidant d'origine indéterminée, des plaintes diverses de nature psychosomatique probable, des lombalgies sur spondylarthrose et discarthrose, un syndrome d'inadaptation ethnique et

socioprofessionnelle, et une obésité. Il a également fait état d'une entière incapacité de travail depuis le 4 février 2000. Il a notamment produit un rapport d'examen du 9 février 2000 établi par le Dr K._____, spécialiste en radiologie et médecine nucléaire, signalant une discrète hyperlordose et scoliose lombaire dextro-convexe, une légère sclérose des plaques sacro-iliaques, des discopathies modérées en L4-L5 et L5-S1 avec un peu d'arthrose postérieure associée, ainsi qu'un aspect légèrement transitionnel de L5 sur les massifs latéraux pouvant créer des douleurs locales.

Aux termes d'un rapport d'examen du 18 avril 2001, les Drs Q._____ et C._____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), ont considéré que les atteintes de l'assurée - à savoir un prurit anal persistant, des lombalgies, et une obésité - n'étaient pas du ressort de l'AI et que la capacité de travail était entière dans toute activité.

Le 5 juin 2001, l'OAI a rendu un projet de décision dans le sens d'un rejet de la demande de prestations, faute d'atteinte à la santé invalidante.

Dans le cadre de ses objections formulées le 31 juillet 2001, l'assurée a produit, entre autres documents, un rapport du 16 juillet 2001 établi par le Dr S._____, lequel faisait mention d'un état anxio-dépressif plutôt grave s'ajoutant aux diagnostics précédemment retenus, et observait de surcroît qu'il y avait chez l'intéressée des causes d'invalidité encore plus évidentes que le prurit périanal, la principale étant *«son impossibilité culturelle et mentale à s'intégrer à notre milieu, y compris professionnel»*.

Par décision du 28 mars 2002, l'OAI a confirmé son projet de décision précité.

L'assurée a interjeté recours le 29 avril 2002 auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud (ci-après : le TASS) à l'encontre de cette décision. Dans ce contexte, elle a versé diverses pièces

médicales au dossier. En particulier, dans un rapport du 1^{er} octobre 2002, le Prof. R. _____ et le Dr W. _____, respectivement médecin chef et médecin assistant auprès du Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du Centre hospitalier N. _____, ont posé les diagnostics de gonarthrose invalidante des deux genoux avec obésité de stade II et surcharge fonctionnelle, et ont précisé que l'assurée bénéficiait d'un suivi psychologique depuis sept mois pour un état dépressif. En outre, aux termes d'un certificat médical du 16 avril 2003, la Dresse L. _____, médecin auprès de l'association [...], a notamment retenu les diagnostics d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.3), de trouble anxieux phobique (F40) et de fibromyalgie (14 points positifs), et a fait mention d'une entière incapacité de travail dès le 8 août 2001.

Statuant le 8 décembre 2003, le TASS a rejeté le recours et confirmé la décision de l'OAI du 28 mars 2002, considérant que l'assurée ne présentait aucune invalidité pouvant ouvrir le droit à une rente. L'intéressée n'a pas contesté ce jugement.

c) Entre-temps, soit le 15 juillet 2002, l'assurée a déposé une nouvelle demande de rente tout en sollicitant également l'octroi de moyens auxiliaires sous forme de chaussures orthopédiques et de supports plantaires. Par courrier du 24 juillet 2002, l'OAI a indiqué que, s'agissant du droit à la rente, la situation ne pourrait être réexaminée qu'à l'issue de la procédure pendante par-devant le TASS. L'office a par ailleurs rejeté la demande de moyens auxiliaires le 14 août 2002.

d) En date du 9 novembre 2005, l'assurée a introduit une nouvelle demande de rente, invoquant des problèmes d'arthrose, de prurit anal, d'asthme et de dépression. Dans ce contexte, elle a précisé qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à 100% dans des activités de type «*ménage, ouvrière*» depuis 1974, par nécessité financière (cf. formulaire 531 bis du 18 décembre 2006).

Par certificat médical du 13 avril 2006, le Dr I. _____, nouveau médecin généraliste traitant, a attesté que l'état de santé de sa

patiente s'aggravait, que celle-ci présentait des troubles anxio-dépressifs avec repli sur soi, anhédonie, insomnie et de multiples douleurs psychosomatiques, que ces éléments étaient peut-être sous-tendus par une structure psychotique à évaluer par une prise en charge psychiatrique, et qu'à cela s'ajoutait un trouble majeur de l'adaptation. Dans ces conditions, il était pour l'heure tout à fait illusoire d'envisager une quelconque activité.

Dans un rapport du 16 janvier 2007, le Dr I. _____ a posé les diagnostics se répercutant sur la capacité de travail de trouble anxio-dépressif de type somatoforme et de syndrome lombo-vertébral; s'agissant des troubles dépourvus d'impact sur la capacité de travail, il a notamment évoqué un syndrome vertigineux rotatoire depuis novembre 2006, tout en précisant qu'un bilan oto-rhino-laryngologique était en cours. Il a exposé que l'incapacité de travail de l'assurée était totale, que son état de santé s'aggravait, qu'elle présentait une anhédonie et un trouble de l'humeur avec labilité émotionnelle, qu'il y avait par ailleurs très certainement un trouble de la personnalité avec possible élément psychotique à investiguer, et que l'on pouvait enfin noter des difficultés relationnelles confortées par une mauvaise maîtrise du langage, ce qui pouvait aussi être à l'origine d'un trouble de l'adaptation. Ce médecin a émis un pronostic très réservé et considéré que toute forme de réadaptation professionnelle semblait illusoire.

Par rapport du 13 février 2007, la Dresse L. _____ a retenu les diagnostics incapacitants d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.3), de trouble anxieux phobique (F40) depuis 2001, de prurit anal sur dermatite et marisque anal, de gonarthrose bilatérale et invalidante des genoux, de sinusite chronique accompagnée de céphalées, de lombalgie chronique (hyperlordose lombaire) et de fibromyalgie (14 points positifs). Elle a fait mention d'une entière incapacité de travail dans l'activité d'ouvrière depuis le 8 août 2001. Elle a ajouté que l'état de santé de l'assurée s'aggravait et a plus particulièrement relevé que l'état psychique ne s'améliorait pas malgré une prise en charge psychothérapeutique, que l'intéressée se sentait de plus en plus comme

une charge pour son entourage, mais que suite au divorce d'avec son époux en 2006, les difficultés relationnelles avec ce dernier - qui l'avait longtemps maltraitée et rabaissée - avaient pu être stabilisées. Enfin, la Dresse L._____ a considéré que le pronostic était réservé au vu de l'intelligence limitée de l'assurée, de ses faibles capacités d'introspection et de son manque de ressources, et que plus aucune activité n'était exigible en raison de l'affection psychique.

A teneur d'un compte-rendu du 15 février 2007, les Drs X._____ et A._____, respectivement médecin adjoint et médecin assistant au sein de l'Unité d'otoneurologie du Centre hospitalier N._____, ont exposé que l'assurée présentait depuis quatre ans des vertiges rotatoires fluctuants d'une durée variable de quelques heures jusqu'à trois jours, et que la fréquence d'une crise tous les deux mois s'était rapprochée depuis novembre 2006 à presque une fois par semaine. Ils ont observé que l'examen otoneurologique était normal, sans évidence d'une atteinte vestibulaire organique à l'origine de la symptomatologie, et que l'anamnèse évoquait en premier lieu un trouble fonctionnel de l'équilibre sous forme de conflit sensoriel visuo-vestibulaire avec un état anxio-dépressif aggravé depuis le divorce en mai 2006. Au vu de ces éléments, ils ont retenu le diagnostic de trouble fonctionnel de l'équilibre avec réaction anxieuse.

Sur mandat de l'OAI, l'assurée a fait l'objet d'une expertise multidisciplinaire à la Clinique E._____, Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI). Après avoir procédé à un examen psychiatrique (réalisé avec le concours d'un interprète) et à un examen de l'appareil locomoteur le 10 janvier 2008, les Drs Y._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et U._____, spécialiste en rhumatologie, médecine interne et médecine du sport, ont notamment exposé ce qui suit dans leur rapport d'expertise du 11 mars 2008 :

"A. QUESTIONS CLINIQUES

[...]

4. DIAGNOSTICS (SI POSSIBLE SELON CLASSIFICATION ICD-10)

4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents ?

- Douleurs musculo-squelettiques ubiquitaires (connues depuis 2002).
- Gonarthrose fémoro-patellaire bilatérale (connue depuis 2002).

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents ?

- Obésité.
- Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4).
- Majoration de symptômes physiques pour raisons psychologiques (F68.0).

5. DISCUSSION ET EVALUATION MULTIDISCIPLINAIRE

Suite à leurs examens cliniques respectifs, les experts mandatés (le Docteur Y. _____ [...] et le Docteur U. _____ [...]) se sont réunis pour une discussion multidisciplinaire.

[...]

Un diagnostic de gonarthrose bilatérale a été retenu lors de l'examen physique, ainsi qu'un syndrome douloureux musculo-squelettique ubiquitaire possiblement dans le cadre d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Au niveau psychiatrique, aucun diagnostic ayant une conséquence sur la capacité de travail n'est signalé. De nombreux signes de non-organicité sont présents lors de l'expertise de l'appareil locomoteur. Le status est toutefois rassurant en l'absence d'altération manifeste des mobilités articulaires. A noter que des contradictions sont présentes lors de l'examen de psychiatrie. La notion de psychose a été formellement écartée. Le diagnostic de dépression n'a pu être retenu selon les critères de l'OMS. On retient seulement comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail un trouble somatoforme et une majoration de symptômes physiques pour raisons psychologiques.

Une recherche de bénéfices secondaires et un syndrome d'amplification des plaintes sont clairement établis. On relève en outre les éléments suivants : attention et aide de la famille et du corps médical ; évitement de situations professionnelles insatisfaisantes et mal rémunérées (l'examinée a toujours effectué des tâches de ménage ou d'ouvrière) ; évitement de la difficulté à trouver un travail alors qu'elle ne maîtrise aucunement le français et qu'elle demeure sans formation ; par ailleurs, l'obtention d'une rente serait un moyen d'assurer un revenu financier à la famille, Il s'agit toutefois de considérations qui sortent du domaine de l'invalidité, mais qui contribuent à la chronification des plaintes. Le pronostic est donc réservé avec une mise en échec très probable d'éventuelles mesures professionnelles.

Dans ce contexte, si l'on fait abstraction de ces éléments, on peut considérer qu'il n'y a pas de limitations sur le plan strictement psychiatrique. Par contre, au niveau somatique, en raison de la gonarthrose bilatérale et du syndrome douloureux ubiquitaire, probablement en grande partie secondaire au trouble somatoforme,

on peut retenir une diminution de rendement de 20-30% selon la pénibilité de l'emploi, en raison de la lenteur d'exécution de certaines tâches et des difficultés à la marche.

B. INFLUENCE SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

1. LIMITATIONS (QUALITATIVES ET QUANTITATIVES) EN RELATION AVEC LES TROUBLES CONSTATES

Les travaux lourds, le port de charges supérieures à 15kg, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, la marche prolongée, la montée et la descente d'escaliers de façon itérative et les travaux en position accroupie sont exclus.

2. INFLUENCE DES TROUBLES SUR L'ACTIVITE EXERCEE JUSQU'ICI

En respectant les limitations énoncées ci-dessus, la capacité de travail résiduelle est de 80% en tenant compte de la diminution de rendement. Toutefois, dans des activités un peu plus lourdes, comme celle de repasseuse, on peut admettre une diminution de rendement supplémentaire de 10%. Ces limitations sont justifiées par l'atteinte somatique. D'un point de vue psychiatrique, aucun diagnostic invalidant n'est reconnu.

3. EN RAISON DE SES TROUBLES, LA PERSONNE ASSUREE EST-ELLE CAPABLE DE S'ADAPTER A SON ENVIRONNEMENT PROFESSIONNEL?

En ce qui concerne l'appareil locomoteur, il est impératif de respecter les limitations énoncées au point B.1. Sur le plan médico-théorique, du point de vue psychiatrique, il n'y a aucune limitation au niveau professionnel. Cependant, comme mentionné précédemment, des facteurs non médicaux s'ajoutent et peuvent expliquer la persistance des plaintes. Enfin, le manque de maîtrise de la langue française, l'absence de formation professionnelle et la probable recherche de bénéfices secondaires sont des facteurs de mauvais pronostic quant à une éventuelle réadaptation professionnelle.

C. INFLUENCE SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE

1. DES MESURES DE READAPTATION PROFESSIONNELLE SONT-ELLES ENVISAGEABLES? SI OUI, PRIERE D'INDIQUER UN PLAN DE READAPTATION QUI TIENNE COMPTE DU RYTHME DE TRAVAIL[,] DU TISSU SOCIAL ET DES RESSOURCES EXISTANTES.

En ce qui concerne l'appareil locomoteur et compte tenu de l'intensité de la symptomatologie douloureuse (élément subjectif ne pouvant être intégré à l'appréciation objective de la capacité de travail de assurée), toute mesure de reconversion professionnelle serait vraisemblablement vouée à l'échec. Du point de vue psychiatrique, des mesures de réadaptation sont envisageables, mais probablement vouées à l'échec pour les raisons mentionnées au point B3.

2. PEUT-ON AMELIORER LA CAPACITE DE TRAVAIL AU POSTE OCCUPE JUSQU'À PRESENT ? SI OUI, PAR QUELLES MESURES ?

Non, il n'y a aucun moyen d'améliorer la capacité de travail, tant du point de vue de l'appareil locomoteur que du point de vue psychiatrique.

3. TAUX DE CAPACITE DE TRAVAIL DANS L'ACTIVITE ADAPTEE EN TENANT COMPTE DE CES MESURES ?

Du point de vue de l'appareil locomoteur, le taux de capacité de travail dans une activité adaptée est de 80% en tenant compte de la diminution de rendement."

Par rapport médical du 21 avril 2008 se fondant sur le rapport d'expertise des Drs Y. _____ et U. _____, la Dresse G. _____, du SMR, a retenu l'atteinte principale à la santé de gonarthrose fémoropatellaire bilatérale, tout en signalant à titre de pathologies associées du ressort de l'AI des douleurs musculo-squelettiques ubiquitaires; s'agissant des facteurs/diagnostics associés étrangers à l'AI, elle a noté un syndrome douloureux somatoforme persistant, une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, et un trouble fonctionnel de l'équilibre avec réaction anxieuse. Elle a considéré que depuis le 1^{er} octobre 2002, la capacité de travail était de 80% dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par les experts de la Clinique E. _____.

Par décision du 21 janvier 2009, confirmant un projet de décision du 27 novembre 2008, l'OAI a rejeté la demande de rente de l'assurée. Se référant à l'expertise réalisée par les spécialistes de la Clinique E. _____, l'office a retenu que l'intéressée disposait d'une capacité de travail et de gain raisonnablement exigible de 80% dans toute activité. Procédant à une évaluation théorique du préjudice économique, l'OAI a observé que la comparaison des revenus sans et avec invalidité (de respectivement 48'576 fr. 35 et 36'918 fr.) mettait en évidence une perte de gain de 11'658 fr. 30 correspondant à un degré d'invalidité de 24%, inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à une rente AI.

Cette décision n'a fait l'objet d'aucun recours.

e) Dans un rapport du 2 octobre 2011 à l'attention de l'OAI, le Dr I. _____ a signalé les diagnostics incapacitants de lombalgies chronicisées, de troubles de l'équilibre multifactoriels, et de trouble anxio-

dépressif avec repli social sur trouble de l'adaptation. Sur le plan anamnestique, il a fait part d'une péjoration de l'état général somatique et psychique de l'assurée, avec crise d'angoisse, en réaction à la découverte chez le fils de cette dernière d'un gliome cérébral non opérable et de mauvais pronostic. A titre de constatations médicales, il a indiqué «*Fatigabilité, Labilité émotionnelle et Repli sur soi. Anhédonie et Insomnie*». Il a par ailleurs considéré que l'intéressée présentait une incapacité de travail de 80% à 100% en tant que ménagère, et ce pour une durée indéterminée. En guise de limitations, il a mentionné une capacité de concentration et de compréhension réduite, des troubles de l'équilibre, une fatigabilité et des troubles de la mémoire; il a estimé que ces restrictions empêchaient l'assurée d'intégrer une équipe de travail ou d'assimiler des consignes. Enfin, il a retenu que l'activité habituelle n'était médicalement plus exigible, et qu'une activité adéquate pourrait peut-être être exercée à 20% dans un cadre structurant et adapté avec consignes répétitives et simples pour éviter une rupture sociale complète.

Par courrier du 10 octobre 2011 adressé à l'assurée, l'OAI a accusé réception du rapport précité du Dr I._____ et a par ailleurs invité l'intéressée, pour le cas où elle souhaiterait obtenir le réexamen de son droit aux prestations, à compléter le formulaire idoine dans les 30 jours, faute de quoi son dossier serait classé sans suite.

Par formulaire complété le 1^{er} novembre 2011, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations. Sous la rubrique concernant le genre d'atteinte à la santé, elle a indiqué «*voir rapport Dr I._____*».

Par avis médical du 14 novembre 2011, le Dr BB._____, du SMR, a exposé ce qui suit :

"[...]

Lors de cette 4^{ème} demande, l'assurée adresse un rapport médical du Dr I._____ du 02.10.11 avec comme atteinte à la santé : des lombalgies chronicisées, un trouble de l'équilibre multifactoriel, un trouble anxio-dépressif avec replis social sur trouble de l'adaptation. Nous faisons remarquer que ces diagnostics sont les mêmes au mot près que ceux développés déjà antérieurement [...] et qui ont déjà

été expertisés le 12.03.08. Ces éléments ne sont pas de nature à justifier une entrée en matière.

Au total, le rapport médical du Dr I. _____ ne permet pas de constater un changement de l'état de santé. La situation est donc inchangée depuis la dernière décision AI."

En date du 17 novembre 2011, l'OAI a établi un projet de décision dans le sens d'un refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assurée, aux motifs que la situation médicale objective demeurerait inchangée depuis la dernière décision du 21 janvier 2009. En effet, l'intéressée ne présentait pas d'aggravation durable de son état de santé justifiant que l'office modifie sa position.

Par acte du 9 janvier 2012 rédigé par son conseil, l'assurée a fait part de ses objections à l'encontre du préavis précité. Elle a soutenu que son état de santé était «*toujours aussi péjoré*» tant au plan physique que psychiatrique, et qu'elle s'estimait par conséquent fondée à obtenir une rente entière d'invalidité.

Par décision du 25 janvier 2012 adressée à l'assurée personnellement, l'OAI a confirmé son projet de décision du 17 novembre 2011.

B. **a)** Agissant par l'entremise de son avocat, J. _____ a recouru le 27 février 2012 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à son annulation et au renvoi du dossier à l'intimé pour nouvelle décision. Elle relève que la décision du 25 janvier 2012 lui a été notifiée à son adresse personnelle et non à celle de son conseil, lequel avait pourtant annoncé son mandat auprès de l'OAI. Elle ajoute - pièces à l'appui - que le dossier de l'intimé n'a été envoyé à son avocat que le 24 février 2012, que ce dernier ne l'a reçu qu'à l'échéance du délai de recours, et qu'il n'a ainsi pas eu le temps d'en examiner le contenu. Elle requiert dès lors la possibilité de déposer un mémoire ampliatif.

En date du 1^{er} mars 2012, le juge instructeur a accordé l'assistance judiciaire à la recourante avec effet au 24 février 2012, et désigné son mandataire, Me Jean-Pierre Bloch, en tant qu'avocat d'office.

Le 5 mars 2012, le juge instructeur a imparti à la recourante un délai de dix jours pour compléter son acte de recours en indiquant ses moyens et ses conclusions.

Par mémoire complémentaire du 19 mars 2012, la recourante précise ses conclusions en ce sens que la décision querellée doit être annulée et le dossier renvoyé à l'intimé pour qu'il entre en matière sur la nouvelle demande de prestations. A titre de mesure d'instruction, elle sollicite la mise en œuvre d'une nouvelle expertise multidisciplinaire. Sur le fond, elle fait valoir que son état de santé s'est très nettement péjoré tant au plan somatique que psychiatrique, ainsi qu'il ressort d'un rapport du Dr I. _____ du 19 mars 2012. Elle soutient également que quatre ans se sont écoulés depuis le rapport d'expertise de la Clinique E. _____, et qu'il n'est dès lors pas exclu que son état de santé justifie désormais l'octroi d'une rente AI. Cela étant, elle estime que la décision querellée a été rendue de façon précipitée et qu'avant de statuer, l'OAI aurait par exemple pu inviter les experts de ladite clinique à réactualiser leurs conclusions. En annexe à son écriture, elle produit le rapport susdit du Dr I. _____ du 19 mars 2012, libellé comme suit :

"Le médecin soussigné certifie que l[']état de santé de la patiente désignée ci-dessus est en voie de péjoration sur le plan psychologique et physique."

b) Appelé à se prononcer sur le recours, l'intimé en a proposé le rejet par réponse du 12 avril 2012. Il considère en substance que le rapport du Dr I. _____ du 2 octobre 2011 n'est pas suffisant pour rendre plausible une aggravation de l'état de santé de la recourante, attendu qu'il signale des pathologies identiques à celles documentées lors du rejet de la précédente demande de prestation (décision du 21 janvier 2009); il renvoie sur ce point à l'avis médical SMR du 14 novembre 2011. L'intimé estime par ailleurs que l'écrit du Dr I. _____ du 19 mars 2012 n'a pas à

être pris en compte dans le cadre de la présente procédure, dès lors qu'il est postérieur à la décision litigieuse et ne contient de toute évidence aucune information pertinente.

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 en principe à l'AI (cf. 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 lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours devant le tribunal des assurances compétent (cf. art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

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

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

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises 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 (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'occurrence, est litigieux le refus de l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par la recourante le 1^{er} novembre 2011. Cela étant, la présente procédure porte uniquement sur le point de savoir si l'intéressée a rendu plausible, au regard des pièces produites devant l'intimé, une péjoration significative de son état de santé.

3. La Cour de céans, tenue d'agir selon la maxime d'office (cf. art. 89 LPA-VD), constate que l'OAI a adressé la décision du 25 janvier 2012 au domicile personnel de la recourante, alors même qu'il la savait représentée par un mandataire. Or, selon la jurisprudence, les communications que les autorités administratives et judiciaires destinent aux parties qu'elles savent représentées par un mandataire doivent être adressées à celui-ci. Il s'agit là d'un principe général du droit des assurances sociales, commandé par la sécurité du droit, qui établit une règle claire quant à la notification déterminante pour le calcul du délai de recours (cf. TFA I 587/06 du 7 septembre 2006 consid. 4, avec les références citées). Quant à la notification à la seule partie représentée, elle est irrégulière (cf. consid. 3.1 non publié de l'ATF 133 V 147 [TF B 142/05 du 9 janvier 2007]). La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour les parties. Cependant, la jurisprudence n'attache pas nécessairement la nullité à l'existence de vices dans la notification; la protection des parties est suffisamment garantie lorsque la notification irrégulière atteint son but malgré l'irrégularité (cf. TF 8C_216/2012 du 5 avril 2013 consid. 3.1, 9C_296/2011 du 28 février 2012 consid. 5.1 et 9C_85/2011 du 17 janvier 2012 consid. 4.3; cf. TFA I 794/04 du 1^{er} mai 2006 consid. 1), ce qui est le cas en l'espèce dans la mesure où, nonobstant la notification irrégulière de la décision du 25 janvier 2012, l'assurée a pu recourir dans les temps auprès de l'autorité de céans.

4. a) La législation applicable en cas de changement de règles de droit reste en principe celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des

conséquences juridiques (cf. ATF 136 V 24 consid. 4.3; ATF 130 V 445 consid. 1.2.1; ATF 127 V 466 consid. 1); par ailleurs, les faits sur lesquels le juge des assurances sociales peut être amené à se prononcer sont ceux qui se sont produits jusqu'au moment de la décision administrative litigieuse (cf. ATF 121 V 362 consid. 1b; cf. TF 8C_107/2009 du 18 janvier 2010). En l'espèce, conformément à ces principes généraux de droit transitoire, il y a lieu d'examiner le droit aux prestations à l'aune des dispositions légales en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, l'état de fait juridiquement déterminant s'étant réalisé avant l'entrée en vigueur du premier volet de la 6^{ème} révision de la LAI au 1^{er} janvier 2012 (cf. dans ce sens : TF 9C_1018/2010 du 12 mai 2011).

b) Aux termes de l'art. 87 al. 3 et 4 RAI (tel qu'en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011 [cf. consid. 4a supra], actuellement cf. art. 87 al. 2 et 3 RAI), lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits. 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 (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.3; 125 V 410 consid. 2b; 117 V 198 consid. 4b). Ainsi, lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, de manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière. 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 (cf. TFA I 67/02 du 2 décembre 2003 consid. 2; I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.1). Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (cf. ATF 109 V 108 consid. 2b; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2 in fine).

c) 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 s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. 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 (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; TF 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.3). L'examen du juge est ainsi d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier (cf. TF 9C_959/2011 du 6 août 2012

consid. 4.3). 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 (cf. TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1 et les références citées).

5. En l'espèce, il n'y a pas lieu d'examiner si, entre la dernière décision de refus de prestations entrée en force 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, dès lors que l'OAI n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande. Il faut donc se limiter à examiner si la recourante a établi de façon plausible, dans le cadre de la procédure administrative par-devant l'OAI, que son invalidité s'était modifiée depuis la précédente décision de refus de prestations du 21 janvier 2009.

a) A titre préalable, on relèvera que le certificat du Dr I. _____ du 19 mars 2012 n'a pas à être pris en considération dans l'examen de la présente affaire, attendu que ce document n'a été porté à la connaissance de l'intimé qu'au cours de la procédure ouverte céans, soit ultérieurement au prononcé de la décision litigieuse (cf. consid. 4c supra).

On notera également que, dans la mesure où le principe inquisitoire ne s'applique pas à la procédure de non entrée en matière sur une nouvelle demande au sens des art. 87 al. 3 et 4 RAI (cf. consid. 4c supra; cf. TF 9C_959/2011 précité consid. 4.4 et 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 4.2), le tribunal de céans n'a ainsi ni à mettre en œuvre une expertise multidisciplinaire tel que le requiert la recourante dans son écriture du 19 mars 2012 (p. 3), ni à renvoyer la cause à l'OAI pour qu'il procède à une telle instruction; il lui incombe uniquement d'examiner si les pièces déposées en procédure administrative dans le cadre de la nouvelle demande de prestations justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier.

b) La nouvelle demande de prestations introduite le 1^{er} novembre 2011 est fondée sur le rapport du Dr I._____ du 2 octobre 2011.

aa) Dans ce compte-rendu, le Dr I._____ a retenu les diagnostics incapacitants de lombalgies chronicisées, de troubles de l'équilibre multifactoriels, et de trouble anxio-dépressif avec repli social sur trouble de l'adaptation. Or, ainsi que l'ont souligné le SMR (cf. avis médical du Dr BB._____ du 14 novembre 2011) et l'OAI (cf. réponse du 12 avril 2012), les troubles énumérés par le Dr I._____ avaient déjà été pris en considération lors de la précédente demande de prestations.

S'agissant plus particulièrement des lombalgies, elles ont été signalées dès la première demande de prestations par le Dr S._____ (cf. rapport du 4 janvier 2001), en lien avec un examen radiologique pratiqué par le Dr K._____ (cf. rapport du 9 février 2000), et ont à l'époque été considérées comme dépourvues de caractère invalidant (cf. rapport des Drs C._____ et Q._____ du SMR du 18 avril 2001; cf. jugement du TASS du 8 décembre 2003 consid. 7c). Elles ont ensuite à nouveau été évoquées lors de la troisième demande de prestations déposée le 9 novembre 2005 et rejetée par décision du 21 janvier 2009. A ce propos, si le Dr I._____ a posé le diagnostic incapacitant de syndrome lombovertébral (cf. rapport du 16 janvier 2007) et la Dresse L._____ de lombalgies chroniques avec hyperlordose lombaire (cf. rapport du 13 février 2007), les experts Y._____ et U._____ de la Clinique E._____ ont pour leur part expliqué que l'assurée signalait des douleurs musculo-squelettiques intéressant tant le rachis que les articulations périphériques (cf. rapport d'expertise du 11 mars 2008 p. 12), que l'examen clinique ostéo-articulaire était toutefois globalement normal, sans altération manifeste des mobilités articulaires (cf. ibid. pp. 16 et 23), et qu'il y avait lieu de conclure, en guise de diagnostic incapacitant, à un syndrome douloureux musculo-squelettique ubiquitaire (cf. ibid. 16) - appréciation confirmée par le SMR (cf. avis de la Dresse G._____ du 21 avril 2008) et, corollairement, par l'OAI. Au vu de ces circonstances, on ne peut que constater qu'en tant qu'il mentionne le diagnostic incapacitant de

lombalgies chronicisées, le rapport du Dr I. _____ du 2 octobre 2011 se réfère à des éléments déjà connus et n'est pas révélateur d'un changement important depuis la dernière décision de refus de prestations du 21 janvier 2009.

En ce qui concerne les troubles de l'équilibre multifactoriels, il faut rappeler que dans le cadre de la précédente demande de prestations, aux termes d'un compte-rendu du 16 janvier 2007, le Dr I. _____ a fait mention d'un syndrome vertigineux rotatoire dépourvu d'impact sur la capacité de travail. Par la suite, après avoir procédé à des investigations sur le plan oto-rhino-laryngologique, les Drs X. _____ et A. _____ ont mis en évidence, le 15 février 2007, un trouble fonctionnel de l'équilibre avec réaction anxieuse. Quant aux experts Y. _____ et U. _____, ils ont pris note de ces troubles (cf. rapport d'expertise du 11 mars 2008 pp. 19 et 29), ont relevé l'absence de malaise ou de perte de connaissance (cf. ibid. p. 19), et n'ont pas reconnu de caractère incapacitant à cette pathologie, position qu'a suivie la Dresse G. _____ du SMR en retenant que le trouble de l'équilibre en question n'était pas du ressort de l'AI (cf. rapport du 21 avril 2008). Aussi, les troubles de l'équilibre évoqués dans le rapport du Dr I. _____ du 2 octobre 2011 ayant déjà été pris en considération lors de la dernière décision de refus de prestations du 21 janvier 2009, ils ne sauraient donc justifier d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du 1^{er} novembre 2011. Peu importe, sur ce point, que le Dr I. _____ ait considéré dans son compte-rendu du 2 octobre 2011 que cette pathologie influait désormais sur la capacité de travail de l'assurée, ce médecin n'ayant nullement motivé son point de vue sur la question.

Enfin, dans son rapport du 2 octobre 2011, le Dr I. _____ s'est référé à un trouble anxio-dépressif avec repli social sur trouble de l'adaptation, à titre d'atteinte se répercutant sur la capacité de travail. Or, dans le cadre de la précédente procédure AI, ce médecin a évoqué un trouble anxio-dépressif et un trouble de l'adaptation dans un certificat médical du 13 avril 2006, avant de poser le diagnostic incapacitant de trouble anxio-dépressif de type somatoforme dans un compte-rendu du 16

janvier 2007. Quant à la Dresse L._____, elle a retenu, dans un rapport du 13 février 2007, les diagnostics incapacitants d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques et de trouble anxieux phobique. Les avis respectifs de ces deux médecins n'ont toutefois pas été suivis par les experts de la Clinique E._____, lesquels ont retenu que l'assurée ne présentait aucun trouble psychiatrique incapacitant (cf. rapport d'expertise du 11 mars 2008 pp. 16 et 34), singulièrement qu'un épisode dépressif était hautement invraisemblable (cf. ibid. p. 28), qu'il n'y avait pas de trouble anxieux spécifique (cf. ibid. p. 29), et que l'on ne pouvait en définitive retenir aucun trouble invalidant en particulier sur les plans thymique, anxieux ou psychotique (cf. ibid. p. 34); ils ont par ailleurs fait état d'un manque d'intégration mais ont précisé que celui-ci était secondaire aux difficultés d'adaptation dues notamment à un manque de maîtrise du français, que ces limitations avaient été présentes dès l'arrivée en Suisse, qu'elles n'avaient plus évolué depuis lors, et qu'elles expliquaient que l'assurée – qui continuait à voir ses enfants et maintenait des contacts réguliers avec sa famille en Turquie – n'ait pas noué d'autres relations dans sa vie (cf. ibid. p. 31). Tout au plus ont-ils admis l'existence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant sans impact sur la capacité de travail (cf. ibid. p. 15), après avoir examiné les critères de gravités déterminants en la matière et avoir considéré que ceux-ci n'étaient pas remplis (cf. ibid. pp. 30 s.). Le SMR (et, par voie de conséquence, l'OAI) s'est rallié aux conclusions des experts de la Clinique E._____ et a ainsi confirmé l'absence de trouble psychique incapacitant (cf. rapport médical de la Dresse G._____ du 21 avril 2008, spéc. p. 2). Partant, en évoquant une problématique psychiatrique déjà écartée lors de la précédente procédure AI, le Dr I._____ n'a, sous cet angle, signalé aucun élément nouveau susceptible d'être pris en compte dans le présent contexte.

Il s'ensuit qu'en tant que tels, les diagnostics retenus dans le rapport du Dr I._____ du 2 octobre 2011 ne témoignent pas d'une évolution significative depuis la dernière décision de refus de prestations du 21 janvier 2009.

bb) Cela dit, dans son rapport du 2 octobre 2011, le Dr I._____ a signalé une péjoration de l'état général somatique et psychique (avec crise d'angoisse) de la recourante, en réaction à la découverte d'un gliome cérébral non opérable et de mauvais pronostic chez le fils de cette dernière, et a par ailleurs estimé que l'activité habituelle n'était médicalement plus exigible et qu'une activité adéquate pourrait éventuellement être exercée à 20% dans un cadre structurant et adapté avec consignes répétitives et simples.

Le Dr I._____ s'est toutefois exprimé de manière laconique et en des termes abstraits au sujet de la détérioration alléguée, sans avancer d'éléments susceptibles d'objectiver concrètement une aggravation de l'état de santé de l'assurée. Bien au contraire, les constatations médicales figurant dans le rapport du 2 octobre 2011 («*Fatigabilité, Labilité émotionnelle et Repli sur soi. Anhédonie et Insomnie*» [cf. ch. 1.4 p. 2]) sont essentiellement superposables à celles évoquées dans les précédents comptes-rendus du Dr I._____ des 13 avril 2006 (repli sur soi, anhédonie, insomnie) et 16 janvier 2007 (anhédonie, labilité émotionnelle), dont les spécialistes de la Clinique E._____ ont tenu compte dans le cadre de leur expertise (cf. rapport d'expertise du 11 mars 2008, en particulier p. 6 [rubrique «*Résumé du dossier médical*»]). Or, le fait que le Dr I._____ décrive des constatations médicales demeurées en substance inchangées plaide de toute évidence à l'encontre d'une quelconque aggravation des troubles de la recourante. Le rapport du 2 octobre 2011 énonce par ailleurs diverses restrictions sous forme d'une capacité de concentration et de compréhension réduite, de troubles de l'équilibre et fatigabilité, et de troubles de la mémoire (cf. ch. 1.7 p. 2), sans autre précision. Ces restrictions diffèrent de celles retenues dans le cadre de la précédente procédure AI, lors de laquelle les experts de la Clinique E._____ ont mentionné des limitations strictement somatiques (cf. rapport d'expertise du 11 mars 2008 p. 17 point B.1). A l'époque, les experts ont en revanche considéré que le trouble de l'équilibre n'était pas invalidant (cf. consid. 5b/aa supra), que les facultés mnésiques étaient conservées (cf. rapport d'expertise du 11 mars 2008 p. 26), qu'il existait a priori une réduction de l'énergie ou augmentation de la

fatigabilité dont l'amplitude était toutefois difficile à évaluer au vu des contradictions émaillant les propos et le comportement de l'assurée (cf. ibid. p. 27), et que cette dernière était capable de bien comprendre et de bien se concentrer (cf. ibid. p. 28). Dès lors que rien dans le rapport du 2 octobre 2011 ne permet de comprendre en quoi les observations précitées des experts ne seraient plus d'actualité et en quoi les restrictions évoquées par le Dr I._____ seraient désormais justifiées, il suit de là que l'on ne saurait, sous cet angle non plus, conclure à une détérioration plausible de l'état de santé de la recourante depuis la décision du 21 janvier 2009. Pour le reste, le rapport du 2 octobre 2011, dont la motivation est particulièrement succincte, ne permet pas de déceler de plus amples indications concernant l'évolution des troubles de l'assurée.

Cela étant, quand bien même la recourante aurait été touchée par les problèmes de santé rencontrés par son fils au moment de la nouvelle demande de prestations introduite le 1^{er} novembre 2011, il n'en demeure pas moins que le compte-rendu rédigé par le Dr I._____ le 2 octobre 2011 ne contient aucun indice sérieux laissant à penser que l'état de santé de l'intéressée se serait dégradé de façon significative depuis la décision du 21 janvier 2009, au point de conduire à une diminution prolongée de sa capacité de travail.

cc) En définitive, le rapport du 2 octobre 2011 du Dr I._____ n'apporte aucun nouvel élément dans le sens d'une modification significative de la situation de la recourante depuis la décision de refus de prestations du 21 janvier 2009.

c) Au surplus, on notera encore que, contrairement à ce que soutient la recourante, peu importe que l'expertise réalisée par les médecins de la Clinique E._____ remonte à 2008 (cf. mémoire complémentaire du 19 mars 2012 p. 2). En effet, dès lors que le principe inquisitoire ne s'applique pas dans le présent contexte (cf. consid. 4c supra), il n'appartenait pas à l'office intimé de procéder à des mesures d'instruction en vue d'actualiser le dossier. Il incombait en revanche à l'intéressée de fournir les éléments médicaux pertinents pour étayer sa

nouvelle demande – ce que cette dernière n'a manifestement pas fait, ainsi qu'il appert des considérations qui précèdent.

d) Dès lors que la recourante n'a pas établi de façon plausible une aggravation de son état de santé depuis la décision de refus de prestations du 21 janvier 2009, c'est à bon droit que l'office intimé a conclu que les conditions de l'art. 87 al. 3 et 4 RAI n'étaient pas réalisées et a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations AI déposée le 1^{er} novembre 2011.

6. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, fixés en fonction de la charge liée à la procédure (cf. art. 69 al. 1bis LAI). Ils sont mis à la charge de la partie qui succombe (cf. art. 49 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr.

La recourante a toutefois été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires, ainsi qu'une indemnité équitable au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, seront supportés par le canton, provisoirement (cf. art. 122 al. 1 let a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (cf. art. 123 al. 1 CPC). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement (cf. art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 2 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile; RSV 211.02.3]).

S'agissant du montant de l'indemnité – laquelle doit être fixée 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 (cf. art. 2 al. 1 RAJ) –, le conseil d'office a produit une 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 7 heures de prestations d'avocat au tarif horaire de 180 fr. (cf. art. 2 al. 1 let. a RAJ), soit un montant total d'honoraires s'élevant à 1'360 fr. 80, TVA de 8% comprise. De surcroît, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (cf. ATF 122 I 1). Selon le montant indiqué par le conseil d'office, ceux-ci s'élèvent à 50 fr., auxquels il convient d'ajouter 4 fr. de TVA. L'indemnité d'office du conseil du recourant doit donc être arrêtée à 1'414 fr. 80 (TVA de 8 % comprise).

Vu l'issue du recours, il n'y a pas lieu d'allouer des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 25 janvier 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

IV. L'indemnité d'office de Me Jean-Pierre Bloch, conseil de la recourante, est arrêtée à 1'414 fr. 80 (mille quatre cent quatorze francs et huitante 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 provisoirement à la charge de l'Etat.

VI. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Pierre Bloch (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :