

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 31 mai 2011

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : M. Neu et Mme Pasche
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

V._____, à [...], recourante, représentée par Me Christian Bacon, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI; 17 LPGA

E n f a i t :

A. V._____, née en 1966, a travaillé en qualité de serveuse, puis a tenu avec son ex-époux (détenteur de la patente) le Café [...] à [...] de 1995 à 2000 jusqu'à la faillite de cet établissement. Présentant une incapacité de travail à 80 % depuis le 14 avril 1999, elle a déposé le 11 novembre 1999, une demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une rente auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) en raison de lombalgies chroniques et de maux de tête.

Dans un rapport médical du 18 janvier 2000, le Dr G._____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics de lombo-ischialgies L5-S1 gauches avec syndrome déficitaire sensitif gauche sur status après cure de hernie discale L5-S1 en 1972 puis en 1991, de migraines, de rhino conjonctivite sur allergie aux acariens de la poussière et de status après grave accident de la circulation en 1989 avec fracture de l'hémi-bassin gauche à 4 places, de la clavicule droite et de l'omoplate droite. S'agissant du pronostic, le Dr G._____ a précisé ce qui suit :

"Du point de vue lombaire : la patiente a été opérée à l'âge de 16 ans au [...] pour une hernie discale L5-S1 gauche. En 1991, le Dr O._____ a dû réintervenir au même niveau en raison de la présence d'une nouvelle hernie et, lors du dernier scanner d'avril 1999, il a été remis en évidence une petite hernie discale au même niveau. Lors du même examen, il a été mis en évidence une sténose du récessus latéral de S1 gauche par une arthrose inter-apophysaire postérieure. Suite à l'intervention du Dr O._____ en 1991, la patiente est restée peu symptomatique jusqu'en 1996 où elle a recommencé à présenter des lombo-ischialgies gauches. Dès le mois d'octobre 1998, les douleurs sont devenues à nouveau intenses malgré la physiothérapie, le repos et les anti-inflammatoires. La situation s'est progressivement dégradée dans les mois suivants motivant la mise à l'incapacité de travail dès le 14.04.1999. Devant la persistance de la symptomatologie avec un syndrome déficitaire sensitivo-moteur, la patiente a été adressée au Dr O._____ qui a opté pour un traitement conservateur puis, par la suite, pour ce traitement au Centre [...] chez le Dr X._____. La patiente est obligée de changer fréquemment de position en raison de ses douleurs et ne

peut avoir aucun travail suivi, même pour son ménage elle a recours à de l'aide extérieure".

Dans un courrier du 11 juillet 2001, le Dr G. _____ a indiqué que sa patiente n'était pas invalide à 100 %, qu'un travail léger non sédentaire à 50 % pouvait être exigé et que la situation de famille (départ du mari) renforçait la perception des douleurs.

Au vu de ces éléments, l'OAI a mis en œuvre un examen pluridisciplinaire de l'assurée par son Service médical (SMR). Dans un rapport du 13 mars 2002, les Drs F. _____, médecin généraliste, Z. _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et Q. _____, psychiatre, ont posé les diagnostics de lombo-sciatalgies gauches chroniques persistantes avec discret syndrome radiculaire déficitaire sensitivo-moteur L5-S1 sous forme de status après cure de hernie discale L5-S1 gauche en 1991 et de discrète récurrence de hernie discale médiane-para-médiane L5-S1 gauche, ainsi que de discrets troubles de la statique rachidienne dans son ensemble. Ils ont retenu que sur le plan ostéoarticulaire-neurologique, la problématique présentée par l'assurée induisait une incapacité de travail d'au moins 50 % dans une activité de sommelière alors que dans une activité adaptée au plan biomécanique, une pleine capacité de travail pouvait être reconnue. En sus de cette pathologie, l'assurée présentait un état dépressif réactionnel, qui semblait s'être amendé sans traitement légers d'antidépresseurs (interrompus après trois semaines seulement en décembre 1999). Ils ont dès lors exclu toute incapacité de travail pour des raisons psychiatriques.

Par projet de décision du 17 juillet 2002, confirmée par décision du 8 novembre 2002, l'OAI a rejeté la demande de rente présentée par l'assurée.

Par jugement du 30 septembre 2003, le Tribunal des assurances du canton de Vaud a rejeté le recours présenté par l'intéressée. Il a considéré que les troubles somatiques, certes indiscutables, n'étaient en soi pas invalidants et que seule la corrélation entre lesdits troubles et les troubles psychiques, temporaires, avait abouti

à une incapacité de travail. Le Tribunal invitait toutefois l'OAI à examiner une éventuelle aide au placement, les difficultés pour trouver un emploi pouvant être dues à l'état de santé.

Par décision du 25 avril 2005, l'OAI a prononcé le refus de mesures professionnelles et d'une rente d'invalidité. Il a précisé que suite au jugement du Tribunal cantonal des assurances, il avait repris l'examen du dossier de l'assurée en vue d'une aide au placement. Les activités de caissière de station service, opératrice de machine de couture ou dans les domaines de la petite mécanique ou le conditionnement industriel étaient adaptées à l'état de santé de l'assurée et ne nécessitaient pas de formation particulière. La Division de réadaptation de l'OAI (REA) a alors proposé à l'intéressée une aide au placement. Toutefois, l'assurée n'a pas voulu entrer en matière pour une activité à plein temps. De ce fait, cette mesure n'a pas pu se concrétiser et l'OAI a procédé à une approche théorique de sa capacité de gain. S'agissant du taux d'invalidité, se référant à un certain nombre de descriptions de poste (DPT) versées au dossier, l'OAI a estimé que la comparaison du salaire sans et avec invalidité mettait en évidence un degré d'invalidité de 3.16 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

Suite à l'opposition formée par l'assurée en date du 27 mai 2005, le juriste de l'OAI a constaté que seule une décision de refus d'aide au placement aurait dû être rendue (note interne du 27 juillet 2006). L'intéressée ayant allégué avoir refusé l'aide au placement en raison d'une aggravation de son état de santé, il convenait toutefois de soumettre le dossier au SMR afin de déterminer s'il y avait lieu d'entrer en matière concernant cette aggravation.

Par avis médical du 20 décembre 2006, le Dr Z. _____ du SMR a indiqué ce qui suit à propos du dossier radiologique de l'assurée :

"Colonne lombaire face/profil du 07.10.1998

5 vertèbres d'aspect lombaire disposées de manière rectiligne : on distingue correctement tous les pédicules, apophyses épineuses et transverses; articulations sacro-iliaques sp. De profil, lordose peu marquée; important

pincement du disque L5/S1; on peut suspecter une spondylolyse de L5.

CT-scan lombaire du 20.04.1999 :

Sur le topogramme, pincement modéré du disque L5/S1. En L4/L5, sp. En L5/S1, protusion-hernie discale médiane paramédiane G, rétrécissement du récessus latéral dans le diamètre antéro-postérieur. Signes de surcharge des articulations interapophysaires postérieures; hétérogénéité de la musculature érectrice du tronc.

Colonne lombaire face/profil du 23.06.2004 :

De face, colonne pratiquement rectiligne; les articulations sacro-iliaques sont sp; les articulations coxo-fémorales le sont aussi à l'exception d'un petit dépôt amorphe dans la région du sourcil cotyloïdien D (sans signification). On distingue correctement tous les pédicules, apophyses épineuses et transverses; stérilet en place; piercing abdominal. De profil, ébauche d'ostéophyte au niveau de l'angle antéro-sup. de L3 avec minuscule image de vide discal. Aggravation du pincement du disque L5/S1.

CT-scan-lombaire du 23.06.2004 :

En L5/S1 rétrécissement majeur du diamètre antéro-postérieur du récessus latéral G; protusion-hernie discale médiane para-médiane G s'étendant vers le trou de conjugaison, qu'elle comble partiellement en partie calcifiée. Hétérogénéité de la musculature érectrice du tronc.

Ct-scan lombaire du 03.11.2006 :

Sur les reconstitutions sagittales, pincement majeur L5/S1, ostéophytose antérieure d'instabilité, festonnage du plateau inférieur de L5. Sur les coupes transverses, status similaire à celui du 23.06.2004 avec toujours une protusion-hernie discale L5/S1 G, en partie calcifiée obstruant un récessus latéral rétréci dans le diamètre antéro-postérieur".

Le Dr Z. _____ du SMR a ainsi constaté une aggravation de la situation entre 1999 et 2006 sur le plan radiologique, l'image étant compatible avec une contrainte radiculaire L5 et éventuellement S1 gauche. Il a dès lors conclu à une importante hétérogénéité de la musculature érectrice du tronc allant de pair avec un haubenage musculaire déficitaire du rachis lombaire.

Par avis médical du 8 janvier 2007, le Dr Z. _____ a retenu que les limitations fonctionnelles étaient toujours les mêmes qu'en 2002, soit la nécessité de pouvoir alterner 2x/h la position assise et debout, pas de soulèvement régulier de charges de plus de 6 kg, pas de port régulier

de charges de plus de 9 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, c'est-à-dire un travail léger. L'aggravation objective de la situation avec une discopathie L5-1 majeure et des signes évoquant une contrainte radiculaire permettait de suspecter une composante douloureuse neurogène qui diminuait l'exigibilité dans un poste adapté à 80 %.

Dans un rapport médical du 24 septembre 2007, le Dr N._____, spécialiste FMH en médecine interne, à l'Hôpital [...], a indiqué que l'assurée avait séjourné dans son service du 25 février au 23 mars 2007 en raison d'une exacerbation de lombo-sciatalgies gauches connues depuis de nombreuses années. Il a posé les diagnostics de lombo-sciatalgies sur hernie discale L5-S1 paramédianes, de migraines avec aura et d'état dépressif et a noté que la symptomatologie s'était amendée en cours d'hospitalisation permettant le retour à domicile. Il a attesté une capacité de travail de 50 % tant dans l'activité de serveuse que dans une activité adaptée. Au vu du status clinique inchangé, le service de neurochirurgie du [...] n'a proposé aucune intervention chirurgicale. Depuis lors, la patiente a annoncé par intermittence une réexacerbation des sciatalgies gauches, alors que la lombalgie persistait de façon complète. Par désir de grossesse, l'assurée a cessé toute médication.

Par avis médical du 5 décembre 2007, le Dr L._____, médecin-chef adjoint du SMR, a considéré que l'intéressée ne remplissait pas les conditions de l'art. 7 LPGA relatives aux traitements et mesures de réadaptation exigibles pour la reconnaissance d'une incapacité de gain, l'assurée ayant de son propre gré arrêté tout traitement, si bien que le SMR n'entraîne pas en matière quant à cette aggravation. Le Dr L._____ a en outre émis des doutes quant à la réalité des plaintes formulées par l'assurée qui affirmait ne pouvoir soulever aucune charge et être incapable de reprendre toute activité, dans l'hypothèse où elle concrétisait son projet de grossesse dans le cadre de lombosciatalgies. Le SMR a toutefois précisé qu'il n'y avait pas de contre-indication sur le plan médical à une grossesse, ce qui confirmait que l'état du rachis de l'assurée pouvait

le permettre et qu'il n'y avait donc pas d'aggravation réelle de son état de santé (avis médical du 25 février 2008).

Dans une note interne du 26 février 2008, l'OAI a estimé qu'il y avait lieu d'admettre une aggravation de l'état de santé de l'assurée, entraînant une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée. En comparant les revenus avec et sans invalidité, soit respectivement de 33'649 fr. 60 (80 % x 42'062 fr.) et de 43'473 fr. 15, il a conclu que le taux d'invalidité était de 22.60 %, taux donnant théoriquement droit à des mesures professionnelles.

Constatant que l'assurée envisageait difficilement la reprise d'une activité professionnelle au-delà de 50 %, mais qu'elle se montrait intéressée à l'idée d'un stage d'observation professionnelle, l'OAI a dès lors décidé de mettre sur pied un tel stage auprès du COPAI à [...] du 27 octobre au 21 novembre 2008 afin d'identifier les activités adaptées aux limitations fonctionnelles de l'assurée. Dans un rapport de synthèse du 5 décembre 2008, le COPAI a conclu que l'assurée supportait mal la position statique prolongée. Elle avait ainsi besoin de changer régulièrement de position et de marcher. Elle ne se montrait pas motivée pour les travaux industriels, ses intérêts se portant sur des travaux de service ou dans une crèche. Elle ne se voyait pas travailler à plus de 50 %, bien que le SMR estimait sa capacité de travail à 80 %. Le COPAI a conclu que l'identification d'une activité adéquate devait tenir compte de la volonté de cette assurée, afin de favoriser au mieux son insertion professionnelle. Dans un rapport du 24 novembre 2008, le Dr T._____, médecin-conseil au COPAI, a mentionné que la limitation de la mobilité était difficile à interpréter dans la mesure où les plaintes subjectives et la démonstrativité étaient marquées. Notant plusieurs signes de non-organicité, le Dr T._____ a indiqué que d'autres travaux semblaient accessibles à l'assurée comme du tri du courrier, du service dans une cafétéria de home ou d'entreprise, des travaux pas trop statiques mais permettant des moments de repos. Il ne lui était cependant pas possible d'apprécier l'endurance de l'assurée dans ce genre d'activités et d'affirmer qu'elle

tiendrait effectivement à 80 % selon l'appréciation médico-théorique du SMR.

Dans un avis médical du 19 décembre 2008, le SMR a confirmé la capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée, tenant compte des limitations déjà définies dans le rapport d'examen du SMR du 12 mars 2002. Dans un avis médical postérieur du 25 février 2009, le Dr M. _____ du SMR a admis qu'il existait des différences dans l'estimation de la capacité de travail dans une activité adaptée, tout en considérant ce qui suit :

"-Pour le SMR, cette CT était de 100 % au moment de l'examen clinique de janvier 2002; par la suite, tenant compte d'une aggravation notamment radiologique (discopathie L5-S1 majeure avec signes de contrainte radiculaire L5 et éventuellement S1 à gauche) survenue graduellement entre 2002 et 2006, le SMR a admis une CT de 80 % depuis 2006. Depuis lors, même s'il y a eu une exacerbation temporaire des douleurs qui a motivé une hospitalisation en mars 2007, la situation ne s'est pas durablement modifiée, ce que confirment d'une part le projet de grossesse indiqué par l'assurée (voir Avis médical SMR du 25.02.2008) et le rapport du Dr T. _____, médecin consultant au COPAI [...] qui a examiné l'assurée à 3 reprises avant et pendant son stage fin 2008. Ce rapport détaillé décrit un status qui est superposable à celui qui avait été observé lors de l'examen clinique SMR de 2002 (atteinte radiculaire de L5 et S1 gauche); le Dr T. _____ n'infirmes pas la CT de 80 % dans une activité adaptée retenue par le SMR.

-Les médecins traitants de l'assurée, interrogés par son conseil, se rallient globalement à la position de l'assurée, qui estime ne pas pouvoir travailler à plus de 50 % dans son activité habituelle, et désire œuvrer à 50 % dans son activité habituelle de sommelière avec une rente de 50 %. Ces médecins n'apportent pas d'argument médical convaincant pour justifier cette estimation : le Dr O. _____, neurochirurgien, parle dans son rapport de mai 2004 du lourd "contexte psychosocial". Le Dr D. _____ mentionne en plus, en mai 2005, des lâchages du genou gauche, sans cause précisée, et qui n'apparaissent plus par la suite. Le Dr N. _____ dans son rapport du 24.09.2007 n'apporte aucun élément médical nouveau, confirme la CT de 50 % comme sommelière, et dans une activité adaptée sans justifier autrement que par une motivation faible et une maîtrise insuffisante du français écrit".

Par décision sur opposition du 27 février 2009, l'OAI a confirmé sa décision du 25 avril 2005, en ce sens que le taux d'invalidité étant

inférieur à 40 %, l'assurée n'avait pas droit à une rente d'invalidité. L'OAI a en effet procédé à une évaluation théorique de sa capacité de gain. Sur la base d'un revenu mensuel de 3'893 fr. selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) dans une activité simple et répétitive (secteur privé; production et services) en 2004, compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2004 (41.6 heures) et d'un abattement de 20 %, l'OAI a estimé que l'assurée était en mesure de réaliser à 80 % un revenu annuel de 31'094 fr. 16. Un tel revenu, comparé au gain de valide de 43'473 fr. 15 en 2004, mettait en évidence un taux d'invalidité de 28.47 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

B. a) Par acte de son mandataire du 1^{er} avril 2009, V._____ recourt contre cette décision, en concluant en cours de procédure, à la mise en œuvre d'une expertise aux fins d'établir notamment son taux de capacité de travail dans une activité adaptée, ainsi que son taux d'invalidité et au fond, à l'admission du recours, à l'annulation de la décision attaquée soit à sa réforme en ce sens qu'une demi-rente doit lui être octroyée avec effet rétroactif à la date du dépôt de la demande. La recourante se plaint principalement de l'appréciation qui a été faite par le SMR selon laquelle sa capacité de travail serait de 80 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Se référant aux rapports médicaux des 16 décembre 2004 du Dr O._____ et 24 mai 2005 du Dr D._____, elle estime que l'appréciation du SMR est arbitraire, dans la mesure où lesdits praticiens ont apporté des éléments objectifs qui ne peuvent être écartés, sans plus ample examen. Lesdits éléments justifient la mise en œuvre d'une expertise afin d'évaluer par une méthode plus objective et spécifique que celle du SMR, son taux d'invalidité.

b) Dans sa réponse du 30 juillet 2009, l'intimé a considéré que le SMR avait expliqué de manière convaincante dans ses différents avis médicaux les raisons pour lesquelles il convenait d'admettre que la capacité de travail de l'intéressée était de 80 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Les médecins traitants de l'assurée n'avaient, quant à eux, pas apporté d'élément médical objectif permettant

de justifier une capacité de travail de 50 % seulement dans une activité adaptée à son état de santé. L'intimé a dès lors proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

c) Dans sa réplique du 25 septembre 2009, la recourante a indiqué qu'elle suivait une chimiothérapie jusqu'à la fin novembre, suivie d'une radiothérapie durant deux mois à la suite d'une intervention chirurgicale ayant pour but d'éradiquer un carcinome canalaire invasif du sein (courrier du 24 juillet 2009 de Me Christian Bacon à l'intimé). Elle ne pouvait dès lors envisager un reclassement professionnel, car elle devait se consacrer entièrement à son traitement. Elle sollicitait ainsi une suspension de sa cause pour une durée de six mois, en annexant à cet effet un certificat médical du 5 juin 2009 du Dr K._____, spécialiste en gynécologie et obstétrique, attestant une totale incapacité de travail durant six mois environ pour raison médicale.

d) Dans sa duplique du 8 octobre 2009, l'intimé a constaté que la demande de suspension était motivée par le fait que l'assurée présentait apparemment une nouvelle atteinte à la santé survenue postérieurement à la décision sur opposition du 27 février 2009. Il a toutefois conclu que ce nouvel élément, intervenu postérieurement à la décision sur opposition, ne pouvait pas être pris en compte dans le cadre de la présente procédure et qu'une suspension de la cause ne se justifiait pas.

e) Par courrier du 3 novembre 2009, le juge instructeur a rejeté la requête de suspension déposée par la recourante, car elle n'était pas justifiée.

f) Par lettre du 15 février 2010, la recourante a confirmé les conclusions de son recours afin de sauvegarder ses droits à une rente prenant effet antérieurement à la date de la nouvelle affection.

g) Par courrier du 4 mars 2010, l'intimé s'est référé à sa décision sur opposition du 27 février 2009, ainsi qu'à ses différentes écritures.

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'AI (art. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (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).

En l'espèce, interjeté le 1^{er} avril 2009, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise intervenue le 27 février 2009, le recours a été déposé en temps utile auprès du tribunal compétent et est donc recevable.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le présent litige concerne le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement son degré d'invalidité.

a) 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. 7LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA 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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et

enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Ce principe est aussi valable s'agissant de l'appréciation émise par un psychiatre traitant (TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4).

3. a) 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 (art. 87 al. 3 et 4 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; SVR 1996 IV no 70, p. 204 consid. 3a et les références; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, p. 259).

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 67/02 du 2 décembre 2003 consid. 2, I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.1).

b) 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 in fine). Dans une telle situation, il convient de traiter l'affaire au fond 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 entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, 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. a) En l'espèce, l'assurée a présenté formellement une demande de prestations AI en date du 4 novembre 1999, laquelle a été rejetée définitivement par jugement du 30 septembre 2003 du Tribunal des assurances du canton de Vaud qui a considéré que les troubles somatiques, certes indiscutables, n'étaient en soi pas invalidants et que seule la corrélation entre lesdits troubles et les troubles psychiques, temporaires, avait abouti à une incapacité de travail. L'intimé était toutefois invité à mettre sur pied une aide au placement. Plus d'un an après le jugement précité, l'intimé a décidé de rencontrer l'assurée afin de déterminer les modalités d'une intervention susceptible de favoriser son repositionnement professionnel. Toutefois, lors d'un entretien en date du

21 septembre 2004, l'assurée a revendiqué une nouvelle fois l'examen du droit à des prestations financières, fermement convaincue de ne pas pouvoir exercer un emploi adapté dans l'économie à un taux supérieur à 40 % (rapport du 7 décembre 2004 de la REA). Elle n'a dès lors pas accepté l'aide au placement proposée par l'intimé, qui a, dans ce contexte, rendu en date du 25 avril 2005 une décision de refus de rente et de mesures professionnelles. Suite à l'opposition formée par l'intéressée, l'intimé a décidé d'examiner s'il y avait lieu d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assurée compte tenu des rapports médicaux présentés.

b) Sur le plan somatique, l'intéressée a été victime d'un accident de voiture en 1989 entraînant un polytraumatisme, notamment une fracture complexe du bassin, de la clavicule et de l'omoplate. Depuis cet accident, elle présente des douleurs lombaires qui ont conduit à deux opérations de hernie discale L5-S1 gauche en 1991 et 1992. Après une rémission de quelques années, elle a souffert dès 1996 d'une exacerbation des douleurs. Dans son jugement du 30 septembre 2003, le Tribunal cantonal des assurances a toutefois estimé que la corrélation entre la symptomatologie présentée et les documents radiographiques n'était en soi pas invalidante en l'absence de modification majeure du status (consid. 5b).

Il convient par conséquent de déterminer si l'état de santé de l'assurée s'est aggravé depuis lors. Après avoir examiné le dossier radiologique de l'assurée, le Dr Z._____ du SMR a admis une aggravation de la situation entre 1999 et 2006 sous forme d'une contrainte radiculaire L5 et éventuellement S1 gauche. Il a en outre fait état de l'importante hétérogénéité de la musculature érectrice du tronc, élément mis en évidence en 2004 (Ct-scan lombaire du 23 juin 2004) pour expliquer la fragilité et la souffrance bio-mécaniques locales (avis médical du 20 décembre 2006). Le Dr O._____ a retenu des signes irritatifs et en partie déficitaires de topographie L5 et notamment S1 gauche entrant dans le cadre de troubles dégénératifs indéniables (rapport du 16 décembre 2004), tout en faisant état d'un syndrome radiculaire partiel

irritatif et déficitaire L5 et S1 gauche (rapport du 17 mai 2004). A l'occasion d'une exacerbation de lombo-sciatalgies gauches, l'assurée a séjourné du 25 février au 23 mars 2007 à l'Hôpital [...] dans le service du Dr N. _____ (rapport médical du 24 septembre 2007). Ce praticien a indiqué que les Ct-scan, dont un effectué en novembre 2006, avaient objectivé une hernie discale paramédiane gauche, concordant avec la symptomatologie présentée. Toutefois, un nouveau Ct-scan refait quatre mois plus tard, soit en février 2007, avait confirmé que la hernie, en conflit avec l'émergence de S1 gauche, paramédiane et récessale, était en augmentation par rapport au Ct-scan précédent. Une IRM pratiquée le 9 juillet 2007 confirmait la grosse hernie discale latérale gauche L5-S1, luxée vers le bas, à l'origine d'un conflit irritatif et inflammatoire. Le SMR a toutefois estimé que les conditions concernant les traitements et les mesures de réadaptation exigibles pour la reconnaissance d'une incapacité de gain n'étaient pas remplies, l'assurée ayant cessé tout traitement par désir de grossesse.

c) En l'occurrence, à l'examen du dossier médical, il appert que l'assurée présente une aggravation de son atteinte à la santé. Sur le plan médico-théorique, l'ensemble des praticiens, à l'exception du Dr N. _____ (rapport médical du 24 septembre 2007), a ainsi exclu la reprise de l'activité habituelle de sommelière. S'agissant des limitations fonctionnelles, le Dr Z. _____ a retenu qu'elles étaient identiques à celles retenues en 2002, soit la nécessité de pouvoir alterner 2x/h la position assise et debout, pas de soulèvement régulier de charges de plus de 6 kg, pas de port régulier de charges de plus de 9 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, c'est-à-dire un travail léger (avis médical du 8 janvier 2007). Le Dr N. _____ a préconisé pour sa part une activité permettant des changements réguliers de position assise, debout, couchée, n'impliquant pas le port de charges, de flexions antérieures du tronc et des mouvements alternés répétitifs du buste ainsi que des marches prolongées (annexe au rapport médical du 24 septembre 2007).

La principale divergence concerne dès lors l'évaluation de la capacité résiduelle de travail de l'assurée compte tenu des limitations

fonctionnelles qu'elle présente. S'agissant de l'ancienne activité de sommelière, les avis des Drs O._____, N._____ et du SMR ne sont pas concordants, le Dr N._____ faisant état d'une capacité résiduelle de travail de 50 %, alors que le Dr O._____ et le SMR ont exclu la reprise d'une telle activité. S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, les avis sont également divergents, puisque les médecins traitants l'ont fixée à 50 %, tandis que le SMR l'a évaluée à 80 %. Contrairement à l'avis du SMR (avis médicaux des 19 décembre 2008 et 25 février 2009), le Dr T._____, s'il n'a pas infirmé le taux retenu par le SMR, ne l'a pas non plus confirmé, estimant qu'il n'était pas en mesure d'apprécier l'endurance de l'assurée, c'est-à-dire d'affirmer que l'intéressée tiendrait effectivement à 80 %. A cet égard, le rapport du SMR du 25 février 2009 n'apparaît pas non plus convaincant, dès lors qu'il n'explique pas pour quels motifs l'incapacité de travail doit être fixée à 20 % se limitant à retenir une composante neurogène en se fondant uniquement sur le dossier radiologique. Par ailleurs, le Dr O._____ n'a pas fait état du contexte psychosocial, lorsqu'il a considéré que sa patiente devait pouvoir bénéficier d'une incapacité permanente de travail de 50 % (rapport du 16 décembre 2004). Enfin, le Dr N._____ a clairement fait état en 2007 d'une aggravation de l'état de santé de la patiente justifiant dans un premier temps une hospitalisation de plus d'un mois, puis une incapacité de travail de 50 % dans toute activité. Ledit praticien a ajouté que la capacité de travail pouvait être améliorée, mais que la patiente avait refusé jusqu'à présent toute intervention sur la hernie (annexe au rapport médical du 24 septembre 2007, question 2.2), sans toutefois préciser si l'absence de traitement en raison d'un désir de grossesse influençait son appréciation.

A cela s'ajoute le fait que le SMR ne s'est pas déterminé quant à l'impact des troubles psychiques présentés par l'assurée, alors que le Dr D._____ a fait état de perturbations sévères de la thymie justifiant un traitement anti-dépresseur (rapport du 8 août 2006) et que le Dr N._____ a considéré que le diagnostic d'état dépressif avait une influence sur la capacité de travail de l'intéressée.

5. Dans ces conditions, la Cour de céans considère que l'instruction menée par l'intimé est par trop lacunaire et ne permet pas de trancher le litige à satisfaction de droit, faute d'une expertise sur l'état de santé global de la recourante (les avis des médecins traitants ne pouvant en l'espèce pallier le défaut d'une telle évaluation). Il se justifie dès lors d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il complète l'instruction sous la forme d'une expertise indépendante (art. 44 LPGGA, compte tenu des prises de position du SMR en procédure) afin de déterminer le type d'activité exigible, le taux et le début de l'aggravation de la capacité de travail, puis qu'il rende une nouvelle décision.

6. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGGA, 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 (art. 69 al. 1 bis LAI). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Il ne sera donc pas perçu de frais judiciaires dans le cadre de la présente procédure.

b) Ayant obtenu gain de cause, la recourante a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGGA), qu'il y a lieu de fixer à 2'700 fr., compte tenu des opérations nécessaires effectuées par son avocat (art. 7 al. 1 du Tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales [TFJAS; RSV 173.36.5.2]), ce montant couvrant la somme réclamée par le Conseil de la recourante à titre d'indemnité AJ. Il n'y a dès lors pas lieu de fixer la rémunération de l'avocat d'office dans le cadre de l'assistance judiciaire.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 27 février 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, en ce sens que la cause est renvoyée à cet Office pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

- III. Il n'est pas perçu de frais de justice.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud doit verser à V._____ la somme de 2'700 fr. (deux mille sept cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Christian Bacon (pour la recourante),
- 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 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 :