

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 septembre 2015

Composition : Mme THALMANN, président
M. Métral et Mme Di Ferro Demierre, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A. _____, à Ecublens, recourante, représentée par Me Pierre Seidler,
avocat à Delémont,

et

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

Art. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1963, mariée, mère de trois enfants nés en 1981, 1984 et 1994, séjourne en Suisse depuis le mois de mars 1987. Elle a travaillé comme ouvrière d'usine jusqu'en juillet 1995. Elle a bénéficié des prestations de l'assurance-chômage de juillet 1995 à août 1997.

Le 4 août 1997, elle a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) une demande de prestations tendant à l'octroi d'une rente.

Selon un rapport à l'OAI établi par son médecin traitant, le Dr P._____, spécialiste en médecine interne à [...], le 12 septembre 1997, l'assurée, qui souffre de lombalgies intermittentes depuis 1990, a présenté un épisode aigu de lombosciatalgies L5 déficitaires en septembre 1996 sur hernie discale L4-L5, pour laquelle elle a subi une hémilaminectomie L4-L5 le 5 novembre 1996. L'évolution n'a pas été favorable, car des douleurs sur tout le rachis et les masses musculaires paravertébrales évoquant un syndrome fibromyalgique se sont développées. L'assurée, malgré des antidépresseurs, restait très algique, rendue invalide par ses douleurs et incapable d'envisager la reprise d'une activité professionnelle. Ce médecin a posé les diagnostics de syndrome fibromyalgique, de lombocervicalgies chroniques persistantes, de status après hémilaminectomie L4-L5 gauche le 5 novembre 1996 pour hernie discale luxée médiane et paramédiane gauche, d'insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs et d'une obésité exogène.

Selon le Dr P._____, l'incapacité de travail était totale depuis le 12 mai 1997 comme ouvrière et comme ménagère. Le diagnostic et les constatations ont été en substance confirmés dans un rapport postérieur du 28 mai 1998.

L'OAI a fait procéder à une expertise pluridisciplinaire par le Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI à [...]), qui a examiné l'assurée entre le 14 et le 21 septembre 1999, et a déposé son rapport le 17 février 2000. L'expertise se fonde sur le dossier de l'AI, un examen clinique de l'assurée et un consilium de psychiatrie, de rhumatologie et de neurologie.

Les experts ont posé les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme chronique sous forme d'hémicorporalgies gauches, de status après cure de hernie discale L4-L5 gauche en 1996, et de migraines.

Selon les conclusions de l'expertise, d'un point de vue purement rhumatologique, l'appréciation de la capacité de travail était d'au moins 70 à 80% dans un travail adapté, c'est-à-dire dans des travaux légers de manutention simple, ne nécessitant pas le port de charges supérieures à 15 kg, le maintien de la position statique au-delà de 2 heures sans possibilité de varier les positions entre deux et les mouvements en porte-à-faux ; la patiente devait être encouragée à rester le plus active possible et à se mobiliser. Il n'y avait pas d'origine neurologique aux douleurs de l'hémicorps gauche.

Sur le plan psychiatrique, le Dr V._____, psychiatre, a évoqué un trouble somatoforme douloureux, sans élément net favorisant l'apparition d'un tel trouble, si ce n'est le stress lié à l'émigration ; il n'y avait actuellement pas d'autres troubles psychiatriques nets, notamment pas d'état dépressif.

En conclusion, selon l'expertise, on se trouve en présence d'un trouble somatoforme douloureux chronique sans pathologie psychiatrique associée ; la capacité de travail n'était diminuée que de 30% et, sur le plan médical, il existait une capacité de travail raisonnablement exigible de 70% dans une activité adaptée, qui était de 80% dans l'accomplissement des tâches ménagères, les travaux lourds devant être exclus. Les experts ont estimé que le pronostic pour la reprise d'une activité professionnelle n'était pas mauvais. Il était souhaitable que l'assurée puisse bénéficier d'un reconditionnement progressif au travail,

après une interruption de plusieurs années. Un suivi médical à long terme était aussi souhaitable, ainsi que de la physiothérapie. Il n'y avait pas matière à reclassement professionnel, mais il fallait aider l'assurée à trouver une activité adaptée à ses douleurs, sans travaux lourds, si l'assurée en faisait la demande. Les experts ont ajouté que la capacité de travail qu'on pouvait espérer dans un emploi adapté était de 70%.

Par prononcé du 20 mars 2000, l'OAI a signifié à l'assurée qu'elle ne pouvait prétendre à l'octroi d'une rente, son invalidité étant de 25% dans une activité adaptée, taux qui ne permettait pas l'octroi d'une rente.

L'assurée a contesté ce prononcé, en indiquant qu'elle était suivie, depuis le 13 mars 2000, par le Dr X._____, du service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du CHUV, unité du rachis.

L'OAI a demandé l'avis du Dr X._____. Dans son rapport du 3 avril 2000, ce médecin a posé les diagnostics de lombalgies chroniques persistantes après cure de hernie discale L4-L5 gauche (novembre 1996) - avec troubles statiques et dégénératifs rachidiens, et dysbalances musculaires étagées -, de status après cure de canal carpien droit et probable pathologie du même type à gauche, de probable chondropathie rotulienne et d'obésité.

Dans ses constatations, ce praticien a relevé que l'assurée présentait un status post-traitement neurochirurgical d'une radiculopathie se soldant par des douleurs résiduelles concordantes entre l'anamnèse, l'examen clinique et radiologique, avec des signes d'irritation L5 droite. Il a estimé le tableau parfaitement concordant dans le sens d'une atteinte structurelle rachidienne s'accompagnant d'une irritation résiduelle radiculaire qui ne permettait plus d'imaginer que l'assurée puisse travailler dans une activité impliquant une surcharge quelconque de son rachis. Le Dr X._____ n'a pas analysé anamnestiquement le poste de travail, sachant que le COMAI avait procédé à un examen. Il a défini dès

lors les limitations habituelles, c'est-à-dire les mouvements en porte-à-faux du rachis, les charges de plus de 10 à 12 kg, les longues postures statiques et les gestes répétitifs. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était d'au moins 50%, susceptible de s'améliorer après une période raisonnable de réentraînement au travail.

Le Dr X._____ notait encore une probable dépression, quelques éléments anamnestiques en faveur d'une micro-instabilité segmentaire lombaire basse, ainsi que, sur le plan radiologique, une amyotrophie et une hétérogénéité de la musculature paravertébrale.

Le 5 septembre 2000, l'OAI a informé l'assurée qu'il maintenait sa décision, l'état de santé de l'intéressée n'ayant pas subi d'aggravation récente. Par décision du 7 septembre 2000, il a confirmé son prononcé et refusé l'octroi d'une rente.

Par acte du 9 octobre 2000, l'assurée a recouru contre cette décision au Tribunal des assurances et conclu à l'annulation de la décision du 7 septembre 2000 et au renvoi du dossier à l'OAI.

L'assurée a produit un rapport médical du 5 février 2001 du Dr X._____, qui a indiqué avoir vu pour la dernière fois l'assurée le 29 novembre 2000. Il a mentionné l'existence de quelques éléments parlant en faveur d'une dépression, sous forme de sentiments de dévalorisation et de tristesse régulière, ces manifestations s'accompagnant de troubles mnésiques et de la concentration ainsi que de modifications négatives du comportement social, en particulier dans le milieu familial, sous forme d'une intolérance aux frustrations et aux contrariétés. Sur le plan rhumatologique, il a relevé que le status antérieur noté par le COMAI s'était modifié dans le sens d'importantes limitations élastiques de la mobilité, en particulier des membres inférieurs, traduisant des phénomènes de dysbalances musculaires, ces éléments étant la traduction somatique fonctionnelle des troubles existentiels vécus par la patiente. Enfin, il a estimé que le port de charges indiqué par le COMAI devait être modifié, en ce sens qu'il ne devait atteindre

qu'occasionnellement 13 kg et que la position statique ne devait pas dépasser 30 minutes. Il a préconisé un réentraînement au travail. Vu la modification défavorable de la situation, il a estimé indiqué de soumettre l'assurée à l'appréciation d'un psychiatre neutre.

Elle a également produit un rapport médical du 30 janvier 2001 du Dr L._____, psychiatre traitant, qui a indiqué suivre l'assurée depuis décembre 2000, celle-ci présentant actuellement un état dépressif moyen à sévère, paraissant persister depuis plusieurs mois et fluctuer depuis près de quatre ans. Ce trouble dépressif était multifactoriel et endogène, lié à une faible capacité d'adaptation, mais aussi exogène, en relation avec les douleurs ressenties (fibromyalgie); le sentiment d'incompréhension lorsque l'assurée ne se sentait pas reconnue dans sa souffrance par une partie des médecins ainsi que les répercussions économiques et affectives sur le plan familial ne faisaient que s'ajouter à ce tableau. Elle présentait en outre un fonctionnement psychologique particulier que l'on rencontre chez la majorité des personnes présentant un trouble somatoforme douloureux. Les divers handicaps physiques et psychologiques entraînaient une incapacité totale de travailler. Selon ce praticien, un avenir professionnel réaliste pour cette patiente, à moyen ou à court terme, paraissait difficilement envisageable.

Par jugement du 23 avril 2001, le Tribunal des assurances a rejeté le recours. En résumé, le jugement a retenu que l'expertise du COMAI du 17 février 2000, dont les conclusions avaient été confirmées par le Dr X._____ le 3 avril 2000, avait pleine valeur probante. Sans se prononcer plus avant sur la question, il a estimé que les aggravations alléguées par l'assurée en procédure, signalées par le Dr X._____ dans son rapport du 5 février 2001 et par le Dr L._____ dans son rapport du 30 janvier 2001, constituaient des faits postérieurs à la décision attaquée, de sorte qu'elles n'avaient pas à être prises en considération. Le Tribunal a retenu ensuite que la capacité de travail exigible de l'assurée était, selon l'expertise, de 70 à 80%, de sorte que le droit à la rente devait être nié.

B. L'assurée a présenté une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI le 21 décembre 2001. Elle a fait valoir que son état de santé s'était aggravé, tant sur le plan somatique que psychique. Elle se fondait sur deux rapports médicaux qu'elle avait produits :

- Un rapport du Dr P._____, interniste, du 5 novembre 2001, qui suivait l'assurée avec le Dr L._____, selon lequel les lombosciatalgies étaient de plus en plus invalidantes, avec des épisodes aigus récidivants, de sorte que persistait un syndrome lombovertébral lié à une discopathie L4-L5. A cela s'ajoutait d'autres plaintes, notamment au niveau distal des membres inférieurs, dans le cadre de troubles de la statique plantaire, le tout certainement aggravé par l'obésité.

- Un rapport du Dr X._____ du 13 décembre 2001, retenant qu'il y avait une aggravation de l'état de santé, avec un tableau de douleurs généralisées chronifiées et une généralisation de la symptomatologie.

Le 27 février 2002, le Dr X._____ a indiqué que l'assurée était suivie sur le plan psychiatrique par le Dr L._____, qu'il convenait d'interroger sur la réalité d'un état dépressif éventuel ou de toute autre atteinte à la santé mentale, seule cette détermination permettant de chiffrer ce qui était actuellement exigible, la douleur faisant partie de la composante rhumatologique de son problème.

A la requête du Dr X._____, l'assurée a été hospitalisée en mars 2002 pour une évaluation dans le cadre de l'unité rachis de l'hôpital orthopédique. Dans son rapport du 4 avril 2002, établi au terme de la prise en charge hospitalière, la Dresse S._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a posé les diagnostics de lombosciatalgies gauches persistantes après cure chirurgicale de hernie discale L4-L5 à gauche en novembre 1996 avec discopathies L4-L5 et L5-S1, de fibromyalgie, d'état dépressif moyen à sévère et d'obésité. Elle a noté que l'élément majeur de l'anamnèse restait la situation socio-familiale, l'assurée étant incapable d'assumer son ménage en raison de ses douleurs multiples, et du conflit assécurologique avec l'Al. L'état général

de l'intéressée, patiente obèse, était bon, nonobstant son status ostéo-articulaire; la douleur était devenue maladie chez une patiente résistante à toute médication, avec une aggravation de l'état dépressif. La Dresse S._____ a noté que lors du séjour hospitalier, tous les efforts pour stimuler l'assurée ou la faire participer aux activités avaient échoué, l'intéressée restant au lit toute la journée. Elle a constaté ainsi l'échec de tout investissement thérapeutique sur le plan physique ; elle a préconisé une approche psychiatrique et estimé la capacité de travail actuellement nulle, même dans une activité très légère.

Le Dr L._____ a indiqué, le 25 avril 2002, qu'il suivait l'assurée depuis décembre 2000 et a posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, d'état dépressif moyen, et de structure de personnalité rigide (psychose blanche probable), liée au développement psycho-affectif dans l'enfance. Il a noté que l'assurée se présentait avec un faciès tendu, qui exprimait souvent de la tristesse, mais surtout de l'anxiété ; sa capacité d'élaboration était quasi nulle et sa pensée était fixée sur des éléments concrets de façon quasi obsessionnelle, associés à un sentiment d'être incomprise. Il a été frappé par la rigidité de la pensée de l'assurée. Il n'a constaté aucune amélioration de l'état de santé de l'assurée, malgré le traitement psychologique et médicamenteux. Le pronostic était mauvais, vu la rigidité des structures et la très faible capacité d'élaboration et d'adaptation de l'assurée. La capacité de travail était ainsi inférieure à 20%. L'élément dépressif et les troubles relationnels s'étaient développés depuis l'apparition du trouble somatoforme douloureux et rendaient illusoires des mesures professionnelles.

L'OAI a mandaté comme nouvel expert la Clinique romande de réadaptation (ci-après: la CRR), à Sion, qui a rendu son rapport le 27 avril 2004. L'expertise comprend un volet psychiatrique (expertise du 5 décembre 2003 du Dr B._____, psychiatre, avec le concours d'un interprète), un volet somatique, une observation en ateliers professionnels et une appréciation globale. Les experts ont posé les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail :

- Episode dépressif d'intensité légère (F 32.9)
- Personnalité aux traits dépendants (F 69)

- Lombalgie irradiant dans le membre inférieur gauche (M 54.5)
- Cure de hernie discale L4-L5 gauche en 1996 (Z 98.8)”

Ils ont également posé, notamment, les diagnostics suivants sans répercussion sur la capacité de travail :

- “- Troubles somatoformes douloureux persistant (F 45.4)
- Troubles dégénératifs cervicaux et lombaires (M 47.8)
- Obésité (E 66.9)
- Migraine sans aura (G 43.0)
- Oedème d’origine multiple des membres inférieurs (lipoedème, lymphoedème stase veineuse) (R 60.0)
- Hypertension artérielle essentielle anamnestique (I 10)
- Dyslipidémie anamnestique (E 78.5)
- Tabagisme chronique (F 17.2)
- Intolérance au glucose anamnestique
- Cure de tunnel carpien ddc (selon l’assurée de 1990 à gauche et 2000 à droite) (Z 86.6)”

Les experts ont retenu que le trouble au premier plan depuis 1998 était un état douloureux généralisé ne trouvant pas d’explication somatique claire, qui remplissait les critères diagnostiques d’un trouble somatoforme douloureux. La lombosciatalgie gauche, présente depuis 1996, à la suite de la cure de hernie discale L4-L5 pratiquée cette année-là, était peu importante. Il n’y avait pas d’aggravation de l’atteinte somatique lombaire, ni concernant l’état douloureux généralisé depuis l’expertise du COMAI. Le trouble de la personnalité était déjà présent en 1999, bien que nommé différemment par le COMAI (structure de personnalité rigide). En définitive, les experts de la CRR n’ont retenu comme facteur d’aggravation que le trouble dépressif de degré léger, apparu en 2000.

Les experts ont retenu que la capacité résiduelle de travail actuelle était de 60 % dès 2000, dans toute activité professionnelle adaptée, c’est-à-dire répondant à l’exigibilité telle que définie par le COMAI en septembre 1999. Pour la période précédant l’expertise du 17 février 2000 du COMAI, ils se sont référés au taux indiqué par le COMAI (soit une capacité de travail résiduelle de 70% dans l’activité lucrative et de 80% dans les activités ménagères). Depuis cette date, ils ont noté que l’incapacité de travail dans une activité adaptée telle que définie par le COMAI était de 30%, puis de 40% dès 2002. Il n’existait aucun élément

objectif permettant de revoir à la baisse l'exigibilité formulée par le COMAI en 1999. Les experts ont en revanche retenu que le trouble dépressif et le trouble de la personnalité, de même que l'état douloureux généralisé en rapport avec un trouble somatoforme douloureux persistant, justifiaient une incapacité de travail de 30% ; ce taux ne reposait pas sur des données objectives mais résultait de la prise en compte des plaintes par l'expert. Au total, en intégrant ces taux successifs, les experts ont retenu un taux d'incapacité de travail de 40% dans une activité adaptée telle que définie par le COMAI, taux existant depuis 2000 en intégrant la diminution de rendement. Les experts ont justifié la prise en compte d'un taux supérieur à celui fixé par le COMAI par la reconnaissance d'une aggravation consistant en l'apparition d'un trouble dépressif de degré léger durant l'année 2000. Il n'y avait aucune amélioration de la capacité de travail à espérer au cours des prochaines années.

L'assurée a invité son psychiatre traitant à se déterminer sur l'expertise psychiatrique de la CRR. Le 13 août 2004, le Dr L._____ a estimé que ladite expertise ne tenait pas compte de la très grande rigidité et des aspects persécutoires du fonctionnement psychique de l'assurée, des contradictions inconscientes entre le discours de celle-ci et son attitude, éléments rendant sa capacité d'adaptation très faible et le pronostic mauvais. Il soulignait que l'intéressée souhaitait voir sa souffrance reconnue.

Se prononçant sur l'expertise, le Service médical régional AI (ci-après : le SMR), par la Dresse C._____, a notamment relevé le 11 octobre 2004 que le COMAI avait retenu le trouble somatoforme douloureux dans la détermination de la capacité de travail, alors que la CRR ne l'avait pas pris en compte. Elle a considéré que le commentaire du psychiatre L._____ était un plaidoyer pour une approche bio-psycho-sociale d'entités douloureuses, qui sortaient du champ médical, comme le démontrait l'absence d'évolution, malgré les nombreux traitements prescrits par les différents intervenants médecins.

Se prononçant sur le cas, l'OAI a estimé, dans un avis juriste du 4 mai 2005, que la capacité de travail de l'assurée était toujours de 75% dans une activité adaptée ou dans l'activité habituelle, le trouble dépressif léger pris en compte par la CRR, qui ne constituait pas une comorbidité psychiatrique, ne justifiant pas une diminution de la capacité de travail.

Par décision du 10 mai 2005, l'OAI a rejeté la demande, le degré d'invalidité étant de 25%, compte tenu d'une capacité de travail résiduelle de 75% tant dans l'ancienne activité, comme dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

L'assurée a fait opposition le 9 juin 2005, estimant que l'OAI n'était pas fondé à s'écarter du taux d'incapacité de 40% retenu par la CRR, la pondération effectuée par la CRR étant conforme aux exigences posées par le Tribunal fédéral. Elle a mis toutefois en doute les conclusions de l'expertise, en se fondant sur les avis exprimés par le Dr P._____, le 11 mars 2002, la Dresse S._____, le 4 avril 2002, le Dr X._____, le 27 février 2002, et le Dr L._____, les 30 janvier 2001 et 13 août 2004, qui selon elle, estimaient tous que sa capacité de travail était nulle.

Par décision sur opposition du 15 juin 2006, l'OAI a confirmé sa décision, relevant que la capacité de travail exigible de l'assurée était de 75% dans toute activité.

Le 14 juillet 2006, l'assurée a recouru au Tribunal cantonal des assurances, concluant à l'octroi d'une rente entière. En substance, elle s'est fondée sur les avis médicaux de ses médecins traitants et a contesté ceux de la CRR.

Par jugement du 28 août 2007, le Tribunal des assurances a rejeté le recours. Sur le plan somatique, il a considéré qu'il résultait de l'avis des experts de la CRR que la situation ne s'était pas modifiée, une aggravation ne résultant pas des rapports médicaux des Drs X._____, de la Dresse S._____ et du Dr P._____. Sur le plan psychiatrique, il a

relevé que le seul facteur d'aggravation retenu par la CRR était le trouble dépressif d'intensité légère apparu après l'expertise du COMAI, dont l'incidence sur la capacité de travail n'était pas démontrée. Il a en outre ajouté que la survenance d'un épisode dépressif d'intensité légère dans le cadre du trouble somatoforme douloureux ne pouvait avoir de répercussions sur la capacité de travail précédemment retenue et constituer un facteur d'aggravation. Le Tribunal a dès lors constaté qu'en l'absence d'aggravation significative sur le plan somatique ou psychiatrique depuis la dernière expertise du COMAI, aucun élément médical ne justifiait de s'écarter de l'évaluation faite à l'époque, une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée étant toujours exigible.

A sa demande, une aide au placement a été accordée à l'assurée, à laquelle il a été mis fin par décision du 5 janvier 2010.

C. Le 21 décembre 2009, par son mandataire, l'assurée a déposé une nouvelle demande de rente. Les documents médicaux suivants ont été par la suite versés au dossier :

- Un rapport du 7 juillet 2008 du Dr X. _____, relevant ce qui suit :

“A l'examen, je retrouve un schéma de fibromyalgie, qui se complète également de douleurs diffuses, ceci alors même qu'elle me paraissait moins tendue que d'habitude.

APPRECIATION

Globalement, la situation est donc stationnaire.

Comme auparavant, et comme il semblerait quand même qu'elle diminue quelque peu sa consommation médicale lorsqu'elle bénéficie d'un peu de physiothérapie antalgique, je lui ai remis une ordonnance pour 9 séances chez sa physiothérapeute habituelle”.

- Un rapport du 1^{er} octobre 2008 du Dr J. _____, de l'Institut de radiologie de la clinique [...], retenant la conclusion de « discopathie dégénérative étagée avec protrusion médiane des disques depuis C3 jusqu'à D7 et présence d'une hernie discale paramédiane et légèrement intra-foraminale gauche C6-C7 ».

- Un rapport du 23 octobre 2009 du Dr D. _____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, qui a retenu la conclusion suivante:

“Cette patiente présente un syndrome douloureux subjectivement extrêmement invalidant extensif, dans lequel interfèrent aussi bien les méfaits liés aux remaniements dégénératifs discovertébraux multiples que des troubles psycho-comportementaux. En effet elle manifeste d'emblée un abaissement du seuil douloureux, avec une notion de kinésiophobie évidente. Il est évident que les douleurs certainement présentes en toile de fond soient sources d'anxiété et ont conduit progressivement à une régression psycho-physique. Dans cette optique, on devra d'emblée envisager une approche combinée visant à améliorer les traitements médicamenteux introduisant un traitement de Cymbalta d'une part et d'autre part de Lyrica dans l'optique d'agir éventuellement sur une douleur d'origine neuropathique, et parallèlement porter l'accent sur des techniques de conscience corporelle et de prise de confiance dans la gestuelle d'une manière générale. Une mobilisation en piscine puis à sec est ainsi planifiée”.

- Un rapport du 18 novembre 2009 du Dr L. _____, qui a notamment relevé ce qui suit :

“Son état ne s'est en rien amélioré depuis 2001 mais au contraire s'est «chronicisé» et même péjoré, en ce qui concerne son anxiété, son sommeil et l'ensemble de ses symptômes dépressifs. A cela s'ajoute une prise de poids importante, en partie consécutive à sa médication.

La majorité des traitements psycho-pharmacologiques indiqués dans son cas (tranquillisants, antidépresseurs, somnifères et mêmes neuroleptiques) ont été introduits sans apporter d'amélioration notable à sa symptomatologie.

La psychothérapie et les entretiens de famille ont permis pour la patiente comme pour son entourage de mieux «faire avec» la maladie.

Des antidépresseurs, des anxiolytiques et des somnifères [font] encore partie de son traitement, mais ne font que freiner la péjoration progressive de ses symptômes, anxieux dépressifs et douloureux.

Sur le plan rhumatologique, il semble que mes collègues ont usé de tous les moyens à leur disposition, sans véritable succès.

La médecine, dans l'état actuel de ses connaissances scientifiques, est devant un constat d'impuissance, et se contente de «limiter les dégâts» et de soutenir cette patiente dans les épreuves imposées par sa maladie.

Je ne suis en rien surpris de cette évolution d'une fibromyalgie chez une personnalité fruste de structure prépsychotique. En effet, c'est dans mon expérience, comme dans celle de la PMU, une évolution tout à fait classique, chez une telle personnalité.

La majorité des cas assimilables à celui de Madame A. _____ que je suis, sont bénéficiaires d'une rente AI à 100%.

[...]

Les limitations dues à l'atteinte à la santé sont très importantes, tant au niveau de sa vie privée que pour toute activité professionnelle. La capacité de travail exigible dans son ancienne activité est nulle”.

- Un rapport du 7 décembre 2009 du Dr P. _____, spécialiste en médecine interne, qui a notamment écrit ce qui suit au conseil de l'assurée :

“Le traitement des plaintes douloureuses multiples est difficile et souvent les résultats sont mitigés. De plus les plaintes sont présentes depuis plusieurs années et donc chronifiées ce qui rend leur réduction encore plus difficile.

La prise en charge actuelle du Dr D. _____ peut améliorer la situation mais probablement que partiellement.

Du point de vue professionnel l'état de santé de la patiente l'empêche d'entreprendre des travaux avec des mouvements répétitifs de la colonne, le port de charges supérieures à 5 kg, les stations prolongées, les rythmes de travail soutenus, le stress lié aux exigences d'un travail rapide et prolongé. A mon avis la capacité de travail exigible actuellement ne dépasse pas 30%”.

Le cas a été soumis une nouvelle fois au SMR. Dans un avis du 27 avril 2010, le Dr F. _____, du SMR, a mentionné ce qui suit:

“Le jugement du TCA du 28.8.2007 a reconnu une capacité de travail résiduelle de 75% à l'assurée. Une aide au placement lui a été accordée apparemment sans succès.

Depuis lors divers documents médicaux figurent au dossier :

Rapport du Dr X. _____ du 7.7.2008 : fait état de douleurs fibromyalgiques inchangées depuis 2007. Rapport radiologique, thorax de face et IRM cervicale, du 1.10.2008 : le cliché thoracique est normal. L'IRM montre une discopathie étagée de C3 à D7 et une hernie discale C6-7 gauche.

Aucun de ces documents ne contient d'élément médical nouveau.

Par un courrier du 31.7.2009, le nouvel avocat de l'assurée demande de suspendre l'instruction du dossier dans l'attente de nouveaux examens médicaux sollicités par ses soins.

Rapport du Dr D. _____ du 23.10.2009: fait état de la fibromyalgie déjà connue, et d'une cervico-brachialgie apparue en 2008 dans un contexte de spondylodiscarthroses cervico-thoraciques. Au terme de son examen clinique, le Dr D. _____ conclut à un syndrome douloureux subjectivement invalidant lié aux remaniements dégénératifs et à des facteurs psycho-comportementaux. Il ne se prononce pas sur les limitations fonctionnelles et la capacité de travail.

Courrier du Dr P. _____ à Me Pierre Seidler du 7.12.2009: conclut à une capacité de travail résiduelle de 30%, avec le souhait que l'Al reconnaisse enfin un certain degré d'invalidité. Cette capacité de travail n'est pas argumentée.

Courrier du Dr L. _____ à Me Pierre Seidler du 18.11.2009: évoque une «chronicisation» de l'état de santé de l'assurée. En d'autres termes, ceci signifie qu'il n'y a pas de changement malgré le traitement. Il ajoute que «la majorité des cas assimilables [...] qu'il suit sont bénéficiaires d'une rente Al à 100%». Il conclut par une interrogation sur la cécité et la surdité des experts qui ne tiennent pas compte des avis des médecins traitants. Au vu de ce qui précède, nous devons conclure qu'il n'y a pas lieu de modifier nos conclusions.”

Le 28 juin 2010, le Dr L. _____ a écrit au conseil de l'assurée notamment ce qui suit :

“Par la présente, je vous confirme que l'état de santé de Madame A. _____ s'est encore péjoré ces dernières années et surtout depuis 18 mois.

Son état physique global, métabolique et rhumatologique s'est aggravé, mais je laisse mes confrères somaticiens en attester.

Sur le plan psychique, Madame A. _____ présente un épuisement qui permet à un véritable «désespoir» de s'installer avec des idées de mort de plus en plus présentes, et ceci malgré l'adaptation de la médication.

L'état dépressif de Madame A. _____ est donc qualifiable aujourd'hui de «grave».

La chronicité de sa maladie et la péjoration de ses symptômes épuisent également l'entourage familial.”

Le 23 août 2010, ce médecin a écrit au Dr V. _____, qui avait été expert lors de la première expertise effectuée par le COMAI le 17 février 2000, que l'évolution de sa patiente était dramatiquement moins

bonne que l'expertise pouvait le laisser entendre, et lui demandait de revoir l'assurée et de lui faire savoir si son avis était différent de celui donné lors de cette précédente expertise. Le même jour, le Dr L. _____ a écrit au conseil de l'assurée notamment ce qui suit :

“J'ai bien reçu votre courrier et vous confirme la péjoration de l'état de santé de ma cliente, Madame A. _____.

En effet la péjoration de son état de santé s'est faite progressivement depuis le début de sa maladie tant sur le plan physique que psychique, avec quelques périodes de stabilisations liées à l'introduction de nouveaux médicaments, les antidépresseurs qui ont été changés à plusieurs reprises, les somnifères dont la puissance et les doses n'ont cessé d'augmenter comme pour les tranquillisants, et les antalgiques divers (ces derniers étant prescrits par mes collègues somaticiens).

Mais à chaque fois l'introduction d'un nouveau médicament ou l'augmentation de sa posologie ne nous a offert qu'une courte trêve dans les progressions de ses symptômes.

Je suis, sur le plan psychique, à cours de ressources et je crois que ce sentiment est partagé par mes collègues somaticiens.

Malgré tous nos efforts et nos tentatives d'améliorer le traitement, les symptômes augmentent, épuisant progressivement l'entourage médical mais surtout le couple et la famille.

C'est une conséquence classique des pathologies douloureuses chroniques, mais qui a des répercussions dramatiques sur le plan de la thymie.

En effet, depuis 18 mois environ, le « moral » (thymie) de ma cliente a encore chuté.

Son discours est désespéré et elle formule des idées noires (de mort), son sommeil est catastrophique en raison des douleurs, mais aussi de son anxiété, voire de ses angoisses.

Elle est de plus isolée sur le plan social en raison de sa dépression, mais aussi de ses douleurs qui limitent sa mobilité.

Elle est épuisée physiquement et psychiquement. Elle se sent de plus en plus être la source des problèmes de sa famille et incomprise dans sa souffrance et croit que la solution est la mort.

Sa dépression chronique maintenue à un stade moyen pendant de longues années est clairement actuellement une dépression sévère.

Donc ma réponse est oui clairement, l'état de Madame A. _____ s'est péjoré ces dernières années et en particulier depuis environ 18 mois.”

Le 20 janvier 2011, l'OAI a informé l'assurée de son intention de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de rente. Il a retenu que l'assurée n'avait pas rendu vraisemblable que son état de santé s'était modifié de manière essentielle depuis la dernière décision, l'état de fait étant resté identique.

Dans un rapport du 19 avril 2011, la Dresse K._____, médecin psychiatre au Centre d'Antalgie du CHUV, a indiqué avoir été consultée par l'assurée à la demande du Dr L._____, et l'avoir examinée le 17 mars 2011 en présence du Dr T._____, et le 7 avril 2011. Elle a posé les diagnostics de syndrome de stress post-traumatique, de fibromyalgie et d'épisode dépressif d'intensité modérée à sévère. Elle a notamment retenu ce qui suit dans son appréciation du cas :

“Madame A._____ est donc une patiente âgée de 48 ans, qui souffre de douleurs depuis une quinzaine d'années. Malgré différents ttt, les douleurs n'ont connu aucune amélioration et aucune reconnaissance asséurologique n'est venue apaiser la patiente. Néanmoins, elle a été incapable dans ce contexte de reprendre une quelconque activité professionnelle et a développé au cours de ces années une symptomatologie dépressive plus ou moins marquée selon les périodes. C'est dans ce contexte qu'elle vous consulte depuis de nombreuses années.

Bien que cette patiente présente des traits assez typiques de syndrome douloureux chronique associé à ce qu'on pourrait appeler un comportement maladie avec une certaine passivité, une attente de solution magique venant de l'extérieur, Madame A._____ a néanmoins, au cours de ces dernières années, réussi à mettre en place plusieurs stratégies qui me semblent faire appel à un coping actif, notamment des promenades avec des amies, des discussions régulières avec d'autres patientes souffrant de fibromyalgie, la poursuite du suivi psychiatrique, la poursuite de la physiothérapie et de la gymnastique. Bien que la patiente se plaigne que toutes ces mesures n'aient apporté aucun changement, elle reconnaît volontiers qu'elles ont au moins l'avantage d'avoir certainement stabilisé sa situation. De ce point de vue là, je trouve que la situation de la patiente n'est pas aussi désespérée, puisque à sa façon et peut-être en ayant encore de la peine à le reconnaître, elle fait face à ses douleurs au quotidien.

Un point cependant mériterait peut-être encore d'être investigué avec plus de finesse, c'est celui qui concerne un possible diagnostic de syndrome de stress post-traumatique lié à l'accident de son fils, accident au cours duquel ce dernier a failli perdre la vie. Bien que cet accident se soit produit en 2008, la patiente reste avec un souvenir extrêmement vif et douloureux du jour de l'annonce de l'accident par la police, de même que des semaines et des longs

mois de ttt qui ont suivi. Peut-être la patiente devrait-elle bénéficier d'un ttt spécifique au traumatisme, par exemple via la technique de l'EMDR pratiquée sur Lausanne par Monsieur [...], ou via l'instauration d'un antidépresseur à hautes doses”.

Dans un rapport médical du 27 mai 2011 adressé au conseil de l'assurée, le Dr D. _____ a notamment indiqué ce qui suit :

“La problématique de ce sujet remonte à plus de 15 ans. A cette époque, la patiente a nécessité une discectomie L4-L5 gauche, malgré ce geste l'évolution est restée malheureusement défavorable avec persistance depuis d'un engourdissement du membre inférieur gauche. Dans ce contexte difficile, s'installent une fibromyalgie, de sévères troubles du sommeil et un état anxio-dépressif en toile de fond.

L'équilibre est à nouveau remis en question en 2008, par la survenue de cervico-brachialgies dans un contexte de spondylodiscarthrose cervico-thoracique.

Malgré un traitement de médecine physique au long cours, l'évolution n'est guère satisfaisante, nous incitant à procéder à des mesures antalgiques instrumentales sous forme de blocs radiculaires L4 et L5 à gauche en date du 25.11.2010. Ce geste a permis de mieux contrôler l'irritabilité neuroméningée ponctuelle, sans pour autant influencer la lombalgie en soi. Parallèlement, les mesures de stabilisation musculaire n'ont guère apporté de réel gain fonctionnel. Le cortège douloureux reste toujours plurifocal, auquel s'entremêle une notion d'épuisement et d'effondrement des ressources personnelles.

[...]

Cette patiente présente un syndrome douloureux subjectivement extrêmement invalidant extensif, dans lequel interfèrent aussi bien les méfaits liés aux remaniements dégénératifs discovertébraux L4-L5, que des troubles psychocomportementaux. En effet, elle manifeste d'emblée un abaissement du seuil douloureux, avec une notion de kinésiophobie évidente. Il est évident que les douleurs certainement présentes en toile de fond soient sources d'anxiété expliquant ainsi la régression psycho-physique. Le défaut de récupération nocturne influence certainement ce cortège douloureux.

Sur le plan thérapeutique, aucune sanction chirurgicale ne devrait être considérée et les mesures antalgiques instrumentales ne seront retenues qu'en cas de nécessité ponctuelle.

2. Diagnostics :

Lombosciatalgies gauches dans un contexte de:

- Status après cure d'hernie discale L4-L5 en 1995

- Dégénérescence discogène marquée en L4-L5 avec remaniement en miroir de type Modic I et II, remaniement plus modeste en T12-L1, L5-S1. Arthropathie postérieure dite active avec discrète sténose des recessi L5 et L4 gauche
- Déconditionnement physique
- Syndrome somatoforme douloureux avec kinésiophobie
- Insomnies primaires
- Surcharge pondérale

Cervico-brachialgies dans un contexte de:

- Discopathie C5-C6 gauche
- Troubles posturaux

3. Capacité de travail :

Sur le plan strictement rhumatologique, une exigibilité professionnelle doit malgré tout être retenue. Ainsi sur le plan purement théorique on pourrait retenir un 50%”.

Le cas a une nouvelle fois été soumis au SMR. Dans un avis médical du 9 juin 2011, les Drs F. _____ et Z. _____ ont mentionné ce qui suit :

“Rapport de consultations de la Dresse K. _____ [...]. Si l’on se réfère à la Classification Internationale des Maladies (CIM-10), l’état de stress post-traumatique constitue une réponse à une situation ou à un événement exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus (p. ex. catastrophe naturelle ou d’origine humaine, guerre, accident grave, mort violente en présence du sujet, torture, terrorisme, viol et autres crimes). On le voit, ces conditions ne sont pas remplies dans le cas de l’assurée. Au surplus, l’évolution naturelle se fait vers la guérison dans la plupart des cas, si l’on en croit la littérature. J’ajoute que la Dresse K. _____ ne se prononce pas sur les limitations fonctionnelles objectives, ni sur la capacité de travail dans l’activité exercée ou dans une activité adaptée. Il est admis par la jurisprudence que l’épisode dépressif moyen fait partie intégrante du trouble somatoforme douloureux, et ne saurait être considéré comme une comorbidité indépendante justifiant une incapacité de travail.

Rapport du Dr D. _____ à Me Seidler du 27.5.2011 [...]. Passant le status (l’observation clinique) sous silence, il conclut à un syndrome douloureux dans le cadre de troubles dégénératifs du rachis après cure de hernie discale, d’un déconditionnement physique et d’un syndrome somatoforme douloureux avec kinésiophobie (peur du mouvement), ainsi qu’à des cervicobrachialgies gauches. L’exigibilité sur le plan rhumatologique serait de 50%. Le status et les limitations fonctionnelles ne sont pas décrits. On ne peut dès lors pas soutenir que l’état de santé de l’assurée s’est péjoré depuis la dernière décision.

Au vu de ce qui précède, il n'y a à notre avis pas lieu de modifier notre position ni à entrer en matière sur cette nouvelle demande."

Dans un courrier du 22 juin 2011 adressé au conseil de l'assurée, le Dr T. _____, du service d'anesthésiologie du CHUV, a relevé notamment ce qui suit:

"Mme A. _____ vient avec une impressionnante liste de problèmes, avec une fibromyalgie après une cure de hernie discale en 1996.

Elle présente aussi un syndrome métabolique avec hypertension, diabète et une possible coronaropathie.

La patiente est très affectée par ses différents problèmes, mais elle a tenu à faire comprendre qu'elle est suivie par son médecin traitant, Dr P. _____, le Dr D. _____ et son psychiatre assez régulièrement. Cette prise en charge est satisfaisante aux dires de la patiente, et je n'ai aucune raison de douter de ses dires.

La liste des diagnostics est la suivante:

- Etat dépressif chronique moyen à grave
- Fibromyalgie
- Hypertension
- Obésité
- Diabète type II
- Angine de poitrine
- Hypercholestérolémie
- Ménopause précoce

Tous les médecins qui l'ont examinée confirment son incapacité de travail actuellement."

Par décision du 6 juillet 2011, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la 3^{ème} demande déposée par l'assurée. Il a retenu que l'assurée n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision, l'état de fait étant resté identique.

Par acte de son mandataire du 12 septembre 2011, A. _____ a recouru contre cette décision et conclu, avec dépens, à l'annulation de celle-ci, l'OAI étant condamné à verser à la recourante les prestations d'invalidité auxquelles elle a droit. Elle a produit un bordereau de pièces se trouvant déjà au dossier ainsi que les pièces nouvelles suivantes :

- Un rapport d'IRM lombaire du 12 août 2011 du Dr W._____, radiologue de la clinique [...] dont il ressort les conclusions suivantes :

"Description

En sagittal, léger pincement et petite cyphose centrée sur D12-L1. En axiale, il n'existe pas de pathologie discale notable. Léger rétrécissement du diamètre inter-facettaire avec hypertrophie des ligaments jaunes.

Espace L3-4 : pas de pathologie discale. Les articulations zygapophysaires sont proéminentes, surtout du côté gauche, mais pas de rétrécissement des trous de conjugaison. Rétrécissement du diamètre inter-facettaire.

Espace L4-5 : pincement de cet espace, qui a fait l'objet d'une cure de hernie discale en 1996. Pas de signe de récurrence. Les trous de conjugaison et les racines sont libres. Les articulations zygapophysaires sont également un peu proéminentes, surtout à gauche, petite lame liquidienne dans l'espace zygapophysaire droit. Hypertrophie du ligament jaune du côté droit. Du tissu cicatriciel est vraisemblablement présent en position paramédiane gauche, mais pas de signe de hernie discale visible. De plus, léger rétrolisthésis de L4 sur L5.

Espace L5-S1 : hernie discale paramédiane gauche bien visible sur la coupe 18, ainsi qu'en T1, faisant empreinte sur la face antéro-latérale gauche du sac dural, effacement de la racine gauche de S1, alors que les racines de L5 sont libres. Transversalisation des articulations zygapophysaires avec lame liquidienne dans celles-ci. Pas de CLE à ce niveau.

CONCLUSION

Status après cure de hernie discale L4-L5 en 1996. Pas de signe de récurrence visible. Petit rétrolisthésis de L4 sur L5. Hernie discale L5-S1, paramédiane gauche. Signes d'arthrose postérieure.

Voir description".

- Une lettre du 23 août 2011 adressée par le Dr L.____ au conseil de l'assurée rédigée en ces termes :

"J'ai bien reçu votre courrier et vous confirme que l'état de santé de ma cliente, Madame A._____ est globalement identique à l'année passée mais actuellement du point de vue psychique elle se trouve à nouveau dans un épisode de dépression grave réactionnel à la découverte d'une nouvelle hernie discale et aux douleurs qui l'accompagnent (cf : rapport du Rhumatologue).

Parallèlement, elle est « terrassée » par la nouvelle réponse de l'Al suite à vos démarches. Incompréhension, sentiments d'injustice, l'absence de toute explication, le désespoir constituent l'essentiel de sa pensée.

Elle ressasse de manière quasi obsessionnelle cette question, qu'objectivement ses médecins traitants se posent aussi : comment est-il possible que des personnes qui ne l'ont pas rencontrée, pas

écoutée, et pas examinée, pas suivie, puissent se faire une idée réaliste de ce qu'elle vit au quotidien, de ses souffrances et de sa capacité de travail”.

- Une lettre du 5 septembre 2011 du Dr P. _____ au conseil de l'assurée dans laquelle le médecin traitant se réfère au rapport IRM du 12 août 2011 du Dr W. _____ et relève ceci :

“Je ne reviens pas sur les nombreuses pathologies qui portent depuis plusieurs années atteinte à l'état de santé de cette patiente relatées dans les rapports antérieurs.

Comme élément nouveau et important, il faut signaler l'apparition, depuis juillet 2001 de lombosciatalgies gauches sévères et invalidantes, avec un déficit neurologique sur la racine S1. L'IRM pratiquée le 12.08.2011 (rapport ci-joint) met en évidence une nouvelle hernie discale L5-S1 qui explique les plaintes annoncées.

La patiente est pour cela suivie et traitée par le Dr D. _____ à [...], auquel vous pouvez vous adresser”.

Par arrêt du 19 juillet 2012 (CASSO AI 244/11 - 273/2012), la Cour des assurances sociales a rejeté le recours formé le 12 septembre 2011 contre la décision précitée. Après avoir relevé que les pièces produites en deuxième instance seulement par la recourante - à savoir le rapport d'IRM lombaire du 12 août 2011 du Dr W. _____, la lettre du 23 août 2011 du Dr L. _____ à son conseil et la lettre du 5 septembre 2011 du Dr P. _____ à son conseil - ne pouvaient être prises en compte en procédure de recours, elle a notamment considéré ce qui suit :

“Se prévalant de l'avis de ses médecins traitants, la recourante soutient que son état de santé s'est détérioré; à cet égard, elle a déposé de nombreuses pièces médicales. Le Dr X. _____ a retenu que l'assurée présentait une fibromyalgie, complétée de douleurs diffuses; il a indiqué que la situation était stationnaire (rapport du 7 juillet 2008). Le Dr J. _____, dans un rapport radiologique du 1^{er} octobre 2008, a retenu une discopathie dégénérative étagée de C3 à D7 et une hernie discale C6-7 gauche. Le Dr D. _____ a évoqué un "syndrome douloureux subjectivement extrêmement invalidant", en relation avec des remaniements dégénératifs discovertébraux multiples (rapport du 23 octobre 2009). Pour sa part, le Dr P. _____ a retenu que le traitement des plaintes douloureuses multiples était difficile et les résultats souvent mitigés; il a retenu que la capacité de travail exigible actuellement ne dépassait pas 30% (rapport du 7 décembre 2009).

Cela étant, comme l'a relevé le Dr F. _____ (avis médical du SMR du 27 avril 2010), le Dr X. _____ fait état de douleurs fibromyalgiques inchangées depuis 2007, et le rapport radiologique du 1^{er} octobre 2008 ne fournit aucun élément médical nouveau. Le Dr D. _____ fait état d'un syndrome douloureux, qui ne constitue pas un problème nouveau, et ne se prononce pas sur les limitations fonctionnelles ni sur la capacité de travail. Le Dr P. _____ se borne à indiquer que le traitement des plaintes est difficile; il ne fait état d'aucune constatation objective nouvelle. On ne voit pas de raisons de s'écarter des conclusions - en l'occurrence convaincantes et dûment motivées - du médecin du SMR. Il y a lieu d'ajouter que l'avis du Dr L. _____, psychiatre traitant, n'est pas pertinent pour apprécier l'état de santé de l'assurée du point de vue somatique.

Par la suite, le Dr D. _____ (rapport du 27 mai 2011) a posé les diagnostics de lombosciatalgies gauches dans un contexte de status après cure de hernie discale L4-L5 en 1995, de dégénérescence discogène marquée en L4-L5, arthropathie postérieure, de déconditionnement physique, de syndrome somatoforme douloureux avec kinésiophobie, d'insomnies primaires et de surcharge pondérale; il a également posé le diagnostic de cervico-brachialgies dans un contexte de discopathie C5-C6 gauche et de troubles posturaux. Il a conclu à un "syndrome douloureux subjectivement extrêmement invalidant", en relation avec des remaniements dégénératifs disco-vertébraux. Il a estimé que les douleurs certainement présentes en toile de fond étaient sources d'anxiété, expliquant ainsi la régression psycho-physique; la capacité de travail était de 50% sur le plan rhumatologique.

Comme l'a indiqué le Dr F. _____ (avis médical du SMR du 9 juin 2011), le status et les limitations fonctionnelles ne sont pas décrits par le Dr D. _____. A cela s'ajoute que le Dr D. _____ n'explique pas sur quel élément il se fonde pour fixer le taux de 50%, et n'indique pas s'il s'agit de l'activité habituelle ou d'une activité adaptée. Les explications de ce médecin ne permettent par ailleurs pas d'attester clairement la présence d'une atteinte à la santé objective nouvelle par rapport à la dernière décision; l'appréciation du Dr D. _____ est ainsi insuffisamment motivée. Enfin, dans son rapport du 22 juin 2011, le Dr T. _____ n'a fait que décrire les troubles de santé présentés par l'assurée depuis de nombreuses années, notamment en citant les diagnostics, sans en apporter de nouveaux par rapport à la dernière décision.

Avec le Dr F. _____, il y a lieu de considérer que les rapports médicaux produits par la recourante n'ont pas rendu plausible une aggravation de l'état de santé sur le plan somatique.

[...]

Le Dr L. _____ évoque dans son rapport du 18 novembre 2009 principalement une chronicisation de l'état de santé de la recourante, voire une péjoration concernant l'anxiété, le sommeil et l'ensemble des symptômes dépressifs. Dans sa lettre du 28 juin 2010 adressée au conseil de la recourante, il mentionne une péjoration de cet état de santé ces dernières années et en particulier depuis 18 mois, soit bien avant son rapport de novembre 2009, qualifiant alors l'état dépressif de la recourante de grave.

Dans une seconde lettre du 23 août 2010 adressée au conseil de la recourante, il explique en outre notamment que les symptômes augmentent et que c'est une conséquence classique des pathologies douloureuses chroniques. Ses conclusions apparaissent ainsi peu claires, voire contradictoires et le diagnostic d'état dépressif grave est insuffisamment documenté.

En outre, la Dresse K._____, qui a examiné à deux reprises l'assurée à la demande du Dr L._____, la première fois le 17 mars 2011 en présence du Dr T._____, indique que la recourante présente des traits assez typiques de syndrome douloureux chronique associé à ce qu'on pourrait appeler un comportement maladie avec une certaine passivité, une attente de solution magique venant de l'extérieur. Cette praticienne confirme ainsi ce diagnostic posé depuis plusieurs années. Elle pose certes le diagnostic d'épisode dépressif d'intensité modérée à sévère. Toutefois, s'agissant de l'évolution de l'état de santé de la recourante, elle relève que celle-ci a néanmoins au cours de ces dernières années, réussi à mettre en place plusieurs stratégies qui lui semblent faire appel à un coping actif, notamment des promenades avec des amies, des discussions régulières avec d'autres patientes souffrant de fibromyalgie, la poursuite du suivi psychiatrique, la poursuite de la physiothérapie et de la gymnastique et que bien qu'elle se plaigne que toutes ces mesures n'aient apporté aucun changement, elle reconnaît volontiers qu'elles ont au moins l'avantage d'avoir certainement stabilisé sa situation. Il apparaît ainsi que l'état de santé de la recourante est resté le même, le diagnostic d'épisode dépressif d'intensité modérée à sévère relevant d'une appréciation différente des mêmes éléments. La Dresse K._____ ne s'est par ailleurs pas prononcée sur les limitations fonctionnelles objectives, ni sur la capacité de travail dans l'activité exercée ou dans une activité adaptée.

La Dresse K._____ retient en plus un possible syndrome de stress post-traumatique, ce point devant peut-être être investigué avec plus de finesse à son avis, laissant le soin au Dr L._____ de l'approfondir si cela lui semblait pertinent. Toutefois, le Dr T._____ (rapport du 22 juin 2011) ne retient pas ce diagnostic et se limite à indiquer que tous les médecins confirment l'incapacité de travail de la recourante. Le Dr F._____ (avis médical du 9 juin 2011) ajoute que le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique ne peut être posé, la recourante n'ayant pas personnellement vécu une situation ou un événement qui provoquerait des symptômes évidents de détresse. Ce diagnostic n'est donc pas établi.

Ainsi, ces différents rapports médicaux ne rendent pas plausibles une aggravation de l'état de santé de la recourante sur le plan psychique."

Par arrêt du 27 juillet 2013 (TF 9C_789/2012), La IIe Cour de droit social du Tribunal fédéral a rejeté le recours interjeté par l'assurée.

D. Dans un avis du 14 août 2013, la juriste de l'OAI en charge du dossier a indiqué notamment ce qui suit :

“Il faut maintenant examiner si les pièces produites pour la première fois en 2^e instance rendent vraisemblable une modification de la situation par rapport à celle prévalant jusqu’en juin 2006. Il s’agit du rapport d’IRM lombaire du 12 août 2011 du Dr W._____, de la lettre du 23 août 2011 du Dr L._____ au conseil de l’assurée et de la lettre du 5 septembre 2011 du Dr P._____ également adressée au conseil de l’assurée, cf GED 29 novembre 2011-dossier médical.

Dans le contexte du recours contre une décision de refus d’entrer en matière, il n’y avait pas lieu d’examiner les nouvelles pièces amenées durant la procédure de recours (arrêt du Tribunal fédéral I 52/03 du 16 janvier 2004, consid. 2.2 et I 597/05 du 8 janvier 2007, consid. 4.1). Ces pièces doivent être examinées ultérieurement par l’administration, pour voir si elle peut entrer en matière sur une nouvelle demande, demande qui peut être considérée comme déposée, le cas échéant, au plus tôt à la date de réception de ces documents.”

Le 23 octobre 2013, le conseil de l’assurée a demandé à l’OAI la reprise de l’instruction du dossier au vu des éléments figurant dans un rapport du 17 octobre 2013 rédigé à son attention par le Dr L._____ ainsi libellé :

“Depuis plus d’une année, la situation psychologique de Madame A._____ se détériore encore plus gravement.

Son humeur dépressive est constante et associée à un sentiment de tristesse et des pleurs fréquents et sans raisons apparentes avec quelques pics d’irritabilité voire d’agitation apparaissant également par crises et sans raisons apparentes surtout depuis le mois de septembre 2013.

Elle présente une perte complète de l’intérêt et du plaisir dans toutes ses activités. Jusqu’à l’année passée, son seul centre d’intérêt, restait encore sa petite fille (la fille de sa fille).

Aujourd’hui elle semble indifférente à cette dernière et sa fille refuse de la lui laisser, car elle ne s’en occupe pas et est même perçue comme dangereuse pour l’enfant dans ses crises d’agitation.

Elle se nourrit très mal par elle-même et c’est sa famille qui doit s’occuper des repas.

Elle a beaucoup de peine à sortir de son lit, présente une hypersomnie diurne et des troubles du sommeil chaque nuit, résistants à tous nos traitements médicamenteux.

Elle présente un ralentissement psychomoteur constaté par sa famille qui la décrit comme « absente » ou « comme un zombie ».

Elle dit n'avoir « aucune énergie, seulement mal » et ressent une constante fatigue.

Elle pense qu'elle ne vaut plus rien et que c'est pour cela que son mari l'a quittée, et sa famille se fatigue d'elle, et la fuit, et qu'elle n'a plus qu'à mourir.

Elle formule clairement des idées suicidaires de plus en plus élaborées depuis une année et dit régulièrement à sa famille qu'elle veut se « jeter sous le train ».

Ces éléments ont été relevés par les membres de sa famille qui se disent tous épuisés et envahis par la souffrance de leur mère.

L'ensemble des éléments ci-dessus posent le diagnostic de dépression grave et constante, sans amélioration depuis plus d'une année, et un risque suicidaire majeur à prendre très au sérieux depuis le mois de septembre 2013.

Depuis de nombreuses années et j'en conviens avec mes confrères qui suivent Madame A. _____ la souffrance ou la problématique psychiatrique est au premier plan et justifie à elle seule une incapacité à 100%.

Madame A. _____ n'a plus aucune vie sociale et a de plus en plus de peine à gérer ses propres affaires et même son ménage, elle ne se maintient à domicile que grâce à l'aide de son entourage familial, qui, comme je l'ai signalé, est également au bord de l'épuisement.

En fait sa problématique psychiatrique était déjà au premier plan dès les premiers temps de cet « incroyable » parcours de 18 ans.

Les complications physiques pour une bonne part sont la conséquence de son état psychologique.

J'ai tenté d'expliquer que la structure psychique de Madame A. _____ et les déficits dans son développement psychoaffectif expliquent l'intensité de sa réaction, inconsciente bien sûr, lorsqu'elle n'a plus pu travailler.

Son travail était au cœur de sa vie, le socle de sa valorisation et de son estime personnelle ainsi que sa place dans sa famille et dans la société.

La pensée obsessionnelle dans son discours peut se résumer ainsi : « on ne me croit pas on ne veut pas entendre que je souffre réellement, comment des médecins qui ne me connaissent pas peuvent me juger alors que tous les médecins qui me suivent, me croient et reconnaissent mes difficultés et ma souffrance ».

Cette interrogation est partagée par tous les médecins qui l'ont suivie et bien sûr par son entourage.

Lorsqu'on sait l'importance de la reconnaissance de la souffrance chez un patient, non seulement pour lui, son mieux-être, son estime, mais aussi pour l'évolution, le pronostic, la compliance, et au final la diminution de la « consommation médicale », en particulier chez une

personne dont le fonctionnement psychique est « immature » et peut être associé à un trouble du développement psychoaffectif, les décisions prises contre l'avis des médecins traitants depuis 18 ans paraissent incompréhensibles et surtout ont un coût en terme de souffrance pour la patiente, la famille, et les assurances-maladie qui est gigantesque.

L'argument central est cette très ancienne expertise du COMAI qui n'a mis en évidence que la surface de la problématique psychique de cette patiente.

Pour avoir moi-même fait de nombreuses expertises au sein du COMAI, je sais que mes collègues à l'époque n'avaient ni le temps, ni le recul, ni les outils pour se déterminer sur des aspects plus « profonds » de la psychologie de Madame A._____.

Aujourd'hui, l'évolution nous donne raison, à nous les médecins traitants, et ce qui précède, peut seul expliquer la persévérance, le cri, l'appel au secours de Madame A._____ :
« Entendez-moi, croyez-moi, reconnaissez ma souffrance ! ».

D'autre part, personne n'a jamais repris une activité professionnelle après un parcours de 18 ans et une évolution médicale telle que celle de Madame A._____.

Donc Madame A._____ est totalement incapable de travailler aujourd'hui, et ne le sera jamais plus.

Au mieux, si elle est reconnue enfin dans sa souffrance, elle pourra petit à petit réintégrer sa place de mère et de grand-mère au sein de sa famille, et retrouver une relative autonomie.

Si cela n'est à nouveau pas « audible » par les personnes décisionnelles, il reste la possibilité que mes propos soient confirmés par les psychiatres et des tests psychologiques structurels, effectués dans le cadre d'une expertise indépendante.

Je vous demanderais alors de faire vite car l'état psychique de Madame A._____ est des plus inquiétants et mes craintes ainsi que celles de sa famille quant à une issue encore plus dramatique, sont fondées."

Il résulte d'une fiche du 28 octobre 2013 établie par le gestionnaire du dossier et adressée au SMR en particulier ce qui suit :

"Demande du : 24.10.2013

Diagnostic(s) au dossier : Etat dépressif

Motivation(s) du passage au SMR : Réception d'une demande de l'avocat de notre assurée accompagnée d'un rapport-médical (GED 23.10.2013). Les indications contenues dans ce rapport sont-elles de nature à confirmer une aggravation de l'état de santé et à nous permettre d'entrer en matière sur cette demande ?

Si RM reçus :

- Les renseignements médicaux sont-ils suffisants pour admettre une atteinte à la santé invalidante ? Si oui, merci d'établir le rapport d'examen. Si ce n'est pas le cas, merci de nous préciser comment compléter l'instruction."

Le 13 février 2014, l'assurée a rempli le formulaire relatif à une nouvelle demande de prestations. Elle mentionnait une aggravation de son état de santé depuis plus d'un an. En annexe, en plus du rapport du Dr L._____, elle a produit une lettre du 23 novembre 2013 adressée à son conseil par le Dr P._____ et dont la teneur était notamment la suivante :

"en réponse à votre lettre je vous adresse mes observations concernant cette patiente.
Je joins le résumé du cas qui relate les diagnostics et le traitement en cours.
La patiente présente une pathologie complexe avec des problèmes de douleurs de la colonne chroniques et invalidantes, un syndrome métabolique et une pathologie psychiatrique anxio-dépressive chronique persistante.
Le Dr L._____ (psychiatre) vous a déjà adressé un rapport en date du 17.10.13 très clair qui confirme mon avis sur une incapacité de travail totale.
Vous pouvez aussi vous adresser au Dr D._____ à [...] qui suit la patiente pour les problèmes de douleurs du dos."

Il résulte d'un avis signé le 25 février 2014 par la Dresse E._____, lu et approuvé par le Dr Q._____, du SMR, ce qui suit :

"Suite au mandat SMR établi le 28.10.2013 [...]

Date de la demande : 24.10.2013

Nouvelle demande pour cette assurée turque de 50 ans. La première demande date de 2000 et avait été rejetée, car une CT de 75% avait été retenue dans une activité adaptée (lombalgie après cure de HD, épisode dépressif léger, trouble somatoforme douloureux ; voir rapport SMR et avis SMR dans la GED). Confirmation par jugement du TCA du 28.08.2007.

Une aide au placement avait abouti à un échec. Une nouvelle demande en décembre 2009 n'avait pas montré de modification de l'état de santé et un refus d'entrée en matière avait été notifié (décision du 06.07.2011).

Le conseil de l'assurée allègue une aggravation de l'état de santé, avec à l'appui un rapport médical du Dr L._____, psychiatre, du 17.10.2013, attestant toujours une IT totale pour un état dépressif.

Ce dossier est discuté avec la Dresse E._____, psychiatre au SMR : le Dr L._____ attestait déjà une péjoration de l'état de santé avec dépression sévère en 2009 et 2010 (RM des 18.11.2009 et 23.08.2010), voir aussi les avis SMR postérieurs à ces dates, la Dresse K._____ (RM du 19.04.2011) faisait état d'un état de stress post-traumatique avec épisode dépressif moyen. Le Dr L._____ dans son dernier RM parle encore d'un état dépressif sévère, mais il décrit la même symptomatologie depuis 2009. L'appel au secours de l'assurée est présent depuis des années, elle est prise dans un engrenage juridique, qui montre plutôt de bonnes ressources au vu de sa combativité.

Enfin, le Dr L._____ ajoute que si l'assurée obtient une rente, sa souffrance va diminuer et le pronostic s'améliorer...

Pour toutes les raisons suscitées, on ne peut en l'état retenir d'aggravation objective de l'état de santé."

Le 27 février 2014, l'OAI a informé l'assurée de son intention de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande au motif qu'elle n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision et qu'il s'agissait uniquement d'une appréciation différente d'un même état de fait.

Le 4 avril 2014, l'assurée a fait part de ses objections à l'OAI et a produit à nouveau le rapport du 17 octobre 2013 du Dr L._____ et la lettre du 23 novembre 2013 du Dr P._____.

Il résulte d'une fiche du 8 avril 2014 établie par le gestionnaire en charge du dossier adressée au SMR notamment ce qui suit :

"Motivation(s) du passage au SMR : Suite à notre projet de refus d'entrer en matière, réception d'une contestation de la part du conseil juridique de notre assurée, accompagnée d'un rapport médical du Dr L._____. Les éléments de ce rapport sont-ils de nature à nous permettre de remettre en question notre position ?"

Dans un avis médical du 15 avril 2014 du Dr H._____ lu et approuvé par le Dr Q._____, du SMR, il est mentionné ce qui suit :

"Suite à notre refus d'entrée en matière (voir avis SMR du 25.02.2014 et projet de décision du 27.02.2014), le conseil de l'assurée conteste cette décision et fournit à l'appui deux rapports : un du psychiatre le Dr L._____, et un du généraliste Dr P._____.

Mais ces deux rapports sont connus et déjà pris en compte sur l'avis SMR de février 2014, puisque datant de fin 2013.

En conséquence, aucun élément nouveau de matière à modifier notre décision."

Le 1^{er} mai 2014, l'OAI a adressé la lettre suivante à l'assurée :

"Par projet de décision du 27 février 2014, nous avons refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations de Mme A. _____ au motif qu'il n'avait pas été rendu plausible que son état de santé s'était aggravé depuis notre dernière prise de position.

Dans votre courrier du 4 avril 2014, vous contestez notre position et alléguiez que ledit projet n'est pas acceptable puisque l'état de santé de votre cliente s'est profondément détérioré. Afin d'étayer votre contestation, vous avez joint à votre courrier un rapport médical du Dr L. _____ et un rapport médical du Dr P. _____.

Ces deux rapports avaient déjà été versés au dossier, force est de constater que votre contestation du 4 avril 2014 ne nous apporte aucun élément susceptible de modifier notre position. Notre projet du 27 février 2014 est fondé et doit être entièrement confirmé."

Par décision du même jour, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande.

E. Par acte du 5 juin 2014, A. _____, représentée par Me Pierre Seidler, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision de non-entrée en matière précitée et conclu avec dépens mais sous réserve du bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite requise, à l'annulation de celle-ci ainsi qu'au renvoi du dossier de la cause à l'OAI pour complément d'instruction médicale, respectivement versement d'une rente d'invalidité entière. Elle soutient en substance avoir rendu vraisemblable que son état de santé s'est fortement détérioré postérieurement à la dernière décision rendue par l'OAI et à l'arrêt du 19 juillet 2012 de la Cour de céans ce qui est susceptible de modifier son droit aux prestations ; sur le plan psychique, elle allègue souffrir d'un état dépressif majeur avec des idées suicidaires. Elle indique présenter une incapacité de travail totale sur le plan somatique selon les médecins de la Clinique [...] et de la Clinique [...] à [...]; elle serait affectée par une atteinte extrêmement invalidante au niveau de la colonne cervicale et lombaire doublée d'une « souffrance psychologique extrême ». La

recourante a produit un bordereau de pièces se trouvant déjà au dossier. Elle a en outre produit un certificat du 23 juillet 2012 du Dr L. _____ et un courrier du 16 novembre 2013 du Dr D. _____ de la Clinique du [...] adressé au Centre Social Régional (CSR) de l' [...]. La recourante a sollicité, par ailleurs, le bénéfice de l'assistance judiciaire.

Par décision du 18 septembre 2014, le Juge instructeur a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet dès le 5 juin 2014, Me Pierre Seidler étant désigné comme avocat d'office.

Invité à se prononcer sur le recours, l'OAI en a proposé le rejet ainsi que le maintien de la décision querellée par réponse du 16 octobre 2014. Se ralliant à l'avis des médecins du SMR, il retient que la recourante n'a pas rendu vraisemblable une modification significative de sa situation médicale depuis juin 2006 de sorte qu'il se justifiait de refuser d'entrer en matière sur la dernière demande déposée.

Par réplique du 2 février 2015, la recourante a confirmé ses précédentes conclusions. Elle a requis également la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire par le tribunal.

Dans sa duplique du 16 février 2015, l'intimé a confirmé les conclusions de sa réponse du 16 octobre 2014. Il s'est au surplus opposé à la mesure d'instruction sollicitée par la recourante.

E n d r o i t :

1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. L'art. 69 al. 1 let. a LAI prévoit qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions

des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) 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 donc compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 let. a LPA-VD).

b) Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 95 LPA-VD) et respecte les autres conditions de recevabilité. Il convient donc d'entrer en matière.

2. **a)** En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière — et le recourant présenter ses griefs — que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'occurrence, est seul litigieux le point de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la dernière demande de rente présentée par la recourante.

3. Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI [Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961, RS 831.201] tel qu'en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, actuellement art. 87 al. 2 et 3 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 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3 et 117 V 198 consid. 4b et les références citées). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b; TF I 716/2003 du 9 août 2004, consid. 4.1).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI (tel qu'en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, actuellement art. 87 al. 3 RAI) et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2b; TF 9C_970/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.2).

4. Le Tribunal fédéral des assurances a jugé que 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. Il a précisé qu'en égard au caractère atypique de cette procédure dans le droit des assurances sociales, l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; actuellement, voir l'art. 43 al. 3 LPG) – 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, 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 52/2003 du 16 janvier 2004, consid. 2.2 et I 67/2002 du 2 décembre 2002, consid. 4). Il s'ensuit que dans un litige de ce genre, 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 597/2005 du 8 janvier 2007, consid. 4.1 et les références citées).

5. a) En l'espèce, les pièces nouvelles produites en procédure de recours uniquement, à savoir le certificat médical du 23 juillet 2012 du Dr L. _____ et le courrier du 16 novembre 2013 du Dr D. _____ au CSR de l' [...], ne peuvent être prises en compte. De même un complément d'instruction par la Cour de céans ne saurait être admis.

b) Selon la jurisprudence, aussi bien dans le cadre d'une nouvelle demande au sens de l'art. 87 al. 3 RAI (cf. ATF 130 V 71) - actuellement art. 87 al. 2 RAI - que dans celui d'une révision de rente au sens de l'art. 17 LPGa (cf. ATF 133 V 108 consid. 5), c'est 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, qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité. Dans le cas particulier et comme le précise l'intimé dans sa réponse, la décision sur opposition du 15 juin 2006, confirmée par

jugement du 28 août 2007 du Tribunal des assurances répond à l'ensemble de ces réquisits.

c) Sur le plan somatique, au moment de la décision sur opposition précitée, les experts de la CRR, dans leur rapport du 27 avril 2004, ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombalgie irradiant dans le membre inférieur gauche et de cure de hernie discale L4-L5 gauche en 1996. Ils ont également posé, notamment, les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de troubles dégénératifs cervicaux et lombaires, d'obésité, d'oedème d'origine multiple des membres inférieurs, d'hypertension artérielle et de dyslipidémie. Ils ont retenu une capacité résiduelle de travail de 60% dès 2000, sans diminution de rendement, dans toute activité professionnelle adaptée, selon l'exigibilité définie par le COMAI dans leur rapport du 17 février 2000.

Le rapport d'IRM lombaire du 12 août 2011 du Dr W._____, mentionne un status après cure de hernie discale L4-L5 en 1996 sans signe de récurrence visible, un petit rétrolisthésis de L4 sur L5, une hernie discale L5-S1, paramédiane gauche et des signes d'arthrose postérieure. Le Dr P._____, dans sa lettre du 5 septembre 2011, déclare ne pas revenir sur les nombreuses pathologies relatées dans les rapports antérieurs et signale comme élément nouveau l'apparition de lombosciatalgies gauches sévères et invalidantes avec un déficit neurologique sur la racine S1. Comme date d'apparition de cette pathologie, il mentionne certes 2001 mais dès lors qu'il fait état d'un élément nouveau il apparaît vraisemblable qu'il s'agit de 2011. Il ajoute que la hernie discale L5-S1 explique les plaintes annoncées.

Bien que l'avis juriste indique à juste titre que ces rapports, dont il n'avait pas été tenu compte dans la procédure relative à la précédente demande, devaient être examinés par l'administration, il ne résulte d'aucune pièce du dossier que tel ait été le cas. Ils n'ont en outre pas été soumis au SMR qui ne s'est prononcé que sur le rapport du 17 octobre 2013 du Dr L._____. Quant à la lettre du 23 novembre 2013 du

Dr P._____ qui elle a été transmise au Dr H._____ le 8 avril 2014, elle n'a pas été examinée par ce praticien qui s'est limité à observer que les rapports des Drs L._____ et P._____ étaient connus et déjà pris en compte dans l'avis SMR de février 2014, puisque datant de fin 2013.

Dans ces conditions, il n'est pas possible à la Cour de céans de statuer sur la question de l'entrée en matière sur la nouvelle demande dès lors que l'OAI n'a examiné qu'une partie des pièces sur lesquelles elle se fonde.

d) On ajoutera que sur le plan psychiatrique, la lettre du 23 août 2011 du Dr L._____ n'a pas été examinée non plus.

e) En conséquence, il y a lieu d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'OAI afin qu'il se prononce sur la question de l'entrée en matière sur la nouvelle demande après examen des rapports médicaux précités.

6. En conséquence, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI afin qu'il procède conformément au considérant ci-dessus puis rende une nouvelle décision.

a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

b) La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr., au regard de l'importance et des difficultés de la cause, et de les mettre à la charge de l'OAI. Vu que ce montant dépasse l'indemnité à laquelle pourrait prétendre le mandataire

de la recourante dans le cadre de l'assistance judiciaire, il est renoncé à fixer cette indemnité.

**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 1^{er} mai 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet Office pour qu'il procède au sens des considérants puis rende une nouvelle décision.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à A. _____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Pierre Seidler (pour A. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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).

Le greffier :