

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 octobre 2009

Présidence de M. ABRECHT
Juges : Mme Rossier et M. Pittet
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

U._____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Flore Primault,
avocate à Lausanne

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à
Vevey, intimé (ci-après : OAI)

Art. 53 al. 2 LPGA et 87 al. 3 RAI

E n f a i t :

A. a) U._____ (ci-après: l'assurée), née en 1953, mariée et mère de deux enfants majeurs, travaillait en qualité de femme de ménage au service de l'EMS G._____. Dès le 1er janvier 2001, elle s'est régulièrement trouvée en incapacité de travail pour cause de maladie. Son employeur l'a licenciée pour le 31 juillet 2001. Elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 9 juillet 2001.

b) Dans un rapport du 14 septembre 2001 établi à l'intention de l'Office AI pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI), le docteur H._____, médecin traitant, a indiqué que sa patiente se plaignait de douleurs myo-squelettiques (fibromyalgie) dans un cadre dépressif et qu'elle avait été opérée en septembre 1999 d'un kyste endométrial de l'ovaire gauche et en février 2001 pour une cure d'hernie inguinale, ainsi que pour un nouveau foyer d'endométriose. D'autres documents médicaux figurant dans le dossier de l'assurée auprès de l'assureur-maladie perte de gain ont également été versés à la procédure. L'office AI a requis l'avis de son service médical régional (SMR). Après avoir examiné l'assurée à deux reprises les 20 octobre et 4 décembre 2003, les médecins du SMR (Dr P._____, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie; Dresse I._____, signant comme "Psychiatre FMH"; Dr E._____, spécialiste FMH en médecine générale) ont posé les diagnostics principaux de dysthymie à début tardif [F34.1] et de syndrome douloureux somatoforme persistant [F45.4]; ils n'ont retenu, dans leur rapport du 9 décembre 2003, aucune limitation fonctionnelle somatique ou psychiatrique susceptible d'entraver la capacité de travail de l'assurée.

A l'issue de leurs examens cliniques, les médecins du SMR ont constaté un état général objectif normal. Au plan ostéoarticulaire, l'assurée ne présentait que de discrets troubles de la statique vertébrale; la mobilité du rachis cervical et dorso-lombaire était variable selon que les mouvements étaient ou non exécutés à leur demande; il fallait également relever l'absence totale de tendomyose para-vertébrale. Quant aux

douleurs abdominales, décrites comme intolérables, elles ne pouvaient être attribuées à l'endométriose, qui était traitée de manière appropriée par thérapie hormonale. Il n'y avait donc pas de «soubassement physiopathologique somatique avéré à la symptomatologie douloureuse (de l'assurée)». Au status psychiatrique, les médecins du SMR n'ont pas observé de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, ou de trouble de la personnalité morbide. Ils ont néanmoins retenu le diagnostic de dysthymie à début tardif compte tenu de l'existence d'une dépression chronique de l'humeur dont la sévérité était toutefois insuffisante pour justifier le diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen (même si l'assurée avait pleuré de façon démonstrative durant tout l'entretien). Des traits dépendants et obsessionnels de la personnalité pouvaient également être objectivés mais restaient discrets. L'état douloureux conférait à l'assurée une sollicitude importante de son entourage, si bien que des bénéfices secondaires liés à la maladie n'étaient pas à exclure. En outre, son environnement psychosocial n'apparaissait pas perturbé malgré l'allégation de lourds handicaps. En conclusion, les médecins du SMR ont estimé que l'assurée ne souffrait pas d'une maladie psychiatrique invalidante et que sa capacité de travail exigible était donc entière.

c) Se fondant sur ce rapport, l'office AI a refusé d'allouer une rente à l'assurée par décision du 31 décembre 2003. Saisi d'une opposition, il l'a rejetée par décision sur opposition du 2 septembre 2004.

d) L'assurée a recouru contre cette décision sur opposition auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud, en produisant un rapport de son médecin traitant psychiatre, le Dr K._____, pour lequel le syndrome douloureux somatoforme persistant dont souffrait sa patiente entraînait une incapacité de travail totale.

Par jugement du 28 avril 2005, le Tribunal des assurances a rejeté le recours (AI 135/04).

e) Saisi d'un recours de l'assurée contre ce jugement, le Tribunal fédéral l'a rejeté par arrêt du 24 août 2006 (I 938/05). Il a considéré en substance qu'il n'apparaissait pas que les médecins du SMR aient négligé d'aborder un aspect essentiel de la situation douloureuse de la recourante. L'anamnèse était complète, les plaintes étaient prises en considération et la discussion du cas était étayée par des observations sur le comportement de l'intéressée tout au long de l'entretien psychiatrique, qui s'était déroulé en présence d'un interprète. Sur la base des informations qu'ils avaient recueillies et dont rien ne permettait de dire qu'elles seraient incorrectes, les médecins du SMR avaient estimé que la souffrance vécue par l'assurée n'atteignait pas une intensité telle qu'elle empêcherait la reprise d'une activité professionnelle. L'opinion contraire du Dr K._____ n'était pas de nature à mettre en doute cette appréciation. Le jugement entrepris n'était pas critiquable et le recours se révélait infondé.

B. a) Le 12 juin 2008, l'assurée a adressé à l'OAI une nouvelle demande de prestations AI pour adultes. Le 13 juin 2008, l'OAI a informé l'assurée qu'en application de l'art. 17 LPGA et des art. 87 ss RAI, cette nouvelle demande ne pouvait être examinée que s'il était établi de façon plausible que l'invalidité ou l'impuissance de l'assurée s'était modifiée de manière à influencer ses droits; il a dès lors imparti à l'assurée un délai de 30 jours pour produire un rapport médical détaillé.

b) Le 8 juillet 2008, le Dr H._____ a adressé à l'OAI un rapport médical dont la teneur était la suivante:

"[...] Suite à la demande de la patiente susnommée, le médecin soussigné établit ce rapport concernant son état de santé actuel.

Il s'agit d'une patiente d'origine portugaise que je suis depuis des années à cause de problèmes rhumatismaux.

A l'anamnèse elle se plaint de douleurs au niveau du rachis ainsi qu'au niveau des articulations, notamment des membres inférieurs et plus récemment au niveau des chevilles et des pieds de façon concomitante. Elle exprime une souffrance importante au niveau psychique avec des idées de désespoirs par rapport à sa vie actuelle et à son avenir. Elle présente des difficultés respiratoires et des troubles du sommeil.

Au status, on constate une limitation des fonctions articulaires au niveau de pratiquement toutes les articulations et spécialement à la mobilisation du rachis. Plus récemment il s'est installé une boiterie du membre inférieur droit. On constate des troubles dégénératifs des téguments (dermite ocre) particulièrement à proximité des chevilles. Sa tension artérielle est normale sous traitement.

Les examens effectués ont mis en évidence des signes de troubles dégénératifs du squelette et spécialement une discopathie L4-L5 avec saillie disco-ostéophytaires postéro-médiane et une hypertrophie arthrosique postérieure rétrécissant le récessus latéral et l'entrée foraminale gauche. Un syndrome d'apnée du sommeil obstructif très sévère a été mis en évidence lors d'une polygraphie.

Face à la réponse incomplète à l'emploi du TENS prescrit par le neurologue, on a continué une médication anti-rhumatismale et antidouleurs composée par des AINSs et différents analgésiques, y compris les opiacées. Elle est en traitement par auto-CPAP depuis 2007. Elle suit en plus un traitement anti-anxiolytique et anti-dépresseur.

Pour les raisons exprimées, je considère que la santé de la patiente s'est dégradée de façon graduelle depuis 2007. Les diagnostics principaux sont des troubles rhumatismaux (arthrose généralisée), un syndrome d'apnée du sommeil sévère, un trouble anxio-dépressif chronique et une hypertension artérielle.

Vu l'histoire naturelle des pathologies à la base, qui ont tendance à la péjoration, et dans le contexte d'une dépression chronique, je considère que la capacité résiduelle de la patiente pourrait être de 25% dans le cadre d'une activité bien adaptée, mais il m'est difficile de concevoir la matérialisation d'une reprise de travail bien que je la considère souhaitable [...]."

c) Dans un avis SMR du 13 août 2008, le Dr E. _____ a porté l'appréciation suivante sur le rapport du Dr H. _____ :

"La nouvelle demande de rente n'est étayée que par un rapport succinct du Dr H. _____, médecin traitant, qui mentionne une aggravation de l'incapacité de travail motivée par une intensification des douleurs et la persistance d'un état dépressif chronique. Ces éléments ne constituent pas un fait nouveau, dans le sens qu'ils n'expriment qu'un avis subjectif rapporté par l'assurée, et non des éléments objectifs d'aggravation par rapport au status constaté lors de l'examen SMR du 04.12.2003. Quant au syndrome d'apnée du sommeil diagnostiqué depuis 2004, il est appareillé depuis 2007 et ne doit dès lors plus être considéré comme un facteur d'invalidité durable. En conclusion, ce rapport médical ne justifie pas d'entrer en matière sur cette nouvelle demande."

d) Le 19 août 2008, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision de refus d'entrée en matière, en considérant, sur la base de l'avis

SMR du 13 août 2008, qu'aucun élément ne justifiait l'entrée en matière sur la nouvelle demande de prestations.

Le 3 octobre 2008, en l'absence d'observations de l'assurée, l'OAI a rendu une décision identique à son projet du 19 août 2008.

C. **a)** L'assurée, représentée par l'avocate Flore Primault, a recouru contre cette décision par acte du 23 octobre 2008, en faisant valoir que l'OAI n'avait pas tenu compte de l'aggravation de son état de santé, alors que cette aggravation était dûment attestée par le rapport du Dr H. _____ du 8 juillet 2008. Dans la mesure où son avocate n'avait été consultée que tardivement, elle a demandé un délai pour compléter son recours, qui lui a été accordé.

La recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 23 octobre 2008.

b) Dans son complément de recours du 20 novembre 2008, la recourante a rappelé les faits et a fait valoir que la première décision de refus de prestations du 31 décembre 2003, confirmée successivement par décision sur opposition du 2 septembre 2004 puis par jugement du Tribunal des assurances du 28 avril 2005 et enfin par arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 24 août 2006, était manifestement erronée, puisqu'elle reposait sur une expertise de la Dresse I. _____, laquelle ne disposait pas à l'époque des autorisations lui permettant de porter des constatations médicales psychiatriques sans la présence d'un autre médecin psychiatre. La recourante relève que cette problématique ne pouvait pas être soulevée à l'époque, puisqu'elle n'avait alors pas encore donné lieu à une jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances. Il y aurait donc lieu de constater le caractère manifestement erroné de la première décision de refus de prestations et d'ordonner, auprès du présent Tribunal, une expertise psychiatrique permettant de déterminer le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-invalidité. En outre, la recourante soutient que l'OAI a estimé à tort qu'une aggravation de son état de santé n'avait pas été rendue plausible. En effet, il résulte du

rapport du Dr H. _____ du 8 juillet 2008 que "les examens effectués ont mis en évidence des signes de troubles dégénératifs du squelette et spécialement une discopathie L4-L5 avec saillie disco-ostéophytaire postéro-médiane et une hypertrophie arthrosique postérieure rétrécissant le récessus latéral et l'entrée foraminale gauche", troubles qui n'avaient pas été constatés lors de la première décision. La recourante conclut ainsi préliminairement à la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique; sur le fond, elle conclut principalement à la constatation du caractère manifestement erroné de la décision de l'OAI du 31 décembre 2003, à l'annulation de la décision du 3 octobre 2008 et à l'allocation d'une rente fixée à hauteur que justice dira, subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI.

c) Dans sa réponse du 5 janvier 2009, l'OAI indique que la problématique liée à la valeur probante de l'examen clinique SMR par la Dresse I. _____ devrait faire l'objet d'une demande de révision au Tribunal fédéral selon l'art. 123 al. 2 let. a LTF et ne saurait être soulevée dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations. Au surplus, dans le cadre de sa nouvelle demande, la recourante a produit un certificat médical de son médecin traitant sans rendre plausible (cf. art. 87 al. 3 et 4 RAI) que son état de santé se serait aggravé et étayer de quelle manière sa situation se serait notablement modifiée. L'OAI estime donc que c'est à bon droit qu'il a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande.

d) Par réplique du 29 janvier 2009, la recourante estime que dans le cadre du complément de recours du 20 novembre 2008, il n'a jamais été question de révision, mais de constater le caractère manifestement erroné de la décision du 31 décembre 2003, étant rappelé que la constatation d'une décision manifestement erronée peut intervenir en tout temps. Au surplus, la recourante ne voit pas en quoi le rapport extrêmement précis du Dr H. _____ du 8 juillet 2008 indiquant une aggravation de l'état de santé, comme mis en évidence dans le complément de recours, ne serait pas crédible; selon la recourante, les constatations objectives contenues dans ce rapport suffisaient amplement pour que l'OAI entre en matière sur la nouvelle demande.

e) Par duplique du 23 février 2009, l'OAI rappelle qu'il n'est pas possible de reconsidérer en tout temps une décision formellement passée en force. En effet, selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut en tout temps revenir d'office sur une décision formellement passée en force de chose jugée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée sous l'angle matériel, à condition qu'elle soit sans nul doute manifestement erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 110 V 176 consid. 2a et les arrêts cités). Or en l'espèce, le Tribunal cantonal ainsi que le Tribunal fédéral se sont prononcés matériellement sur la décision du 31 décembre 2003, ce qui signifie que l'OAI ne peut plus reconsidérer sa décision pour des raisons de sécurité du droit. Dès lors, l'OAI – qui par ailleurs doute fortement du caractère manifestement erroné de cette décision puisqu'elle a été confirmée par les tribunaux de notre pays – estime que seule la révision permettrait à l'assurée d'obtenir, le cas échéant, l'annulation de l'arrêt du Tribunal fédéral du 24 août 2006.

f) Par courrier du 15 juin 2009, la recourante produit deux nouveaux rapports médicaux adressés le 16 avril 2009 et le 13 mai 2009 au Dr H._____ par les Drs B._____ et F._____ du Département de l'appareil locomoteur du CHUV, qui confirmeraient selon elle l'aggravation de son état de santé comme déjà relevée par son médecin traitant, le Dr H._____.

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 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, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, 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 et contestations par voie d'action 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). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse manifestement supérieure à 30'000 fr.

2. En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si l'office intimé était fondé à rendre une décision de non-entrée en matière pour le motif que dans le cadre de sa nouvelle demande, l'assurée n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis la première décision de refus de prestations du 31 décembre 2003, confirmée successivement par décision sur opposition du 2 septembre 2004 puis par jugement du Tribunal des assurances du 28 avril 2005 et enfin par arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 24 août 2006.

3. a) Selon l'art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité [ci-après: RAI], dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} mars 2004 (RO 2004 743), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impuissance ou l'étendue du

besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3; 117 V 198 consid. 4b; 109 V 108 consid. 2a; TF I 597/05 du 8 janvier 2007, consid. 2). Ainsi, lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles; si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 109 V 108 consid. 2b; TF I 597/05 du 8 janvier 2007; consid. 2; TF I 187/05 du 11 mai 2006, consid. 1.1; TF I 600/05 du 29 novembre 2006, consid. 4).

b) L'allégation par la recourante d'une modification de son état de santé à l'appui de sa nouvelle demande de prestations était étayée uniquement par le rapport médical de son médecin traitant, le Dr H._____, du 8 juillet 2008. Selon ce rapport, des examens effectués à une date non précisée auraient mis en évidence des signes de troubles dégénératifs du squelette et spécialement une discopathie L4-L5 avec saillie disco-ostéophytaire postéro-médiane et une hypertrophie arthrosique postérieure rétrécissant le récessus latéral et l'entrée foraminale gauche; un syndrome d'apnée du sommeil obstructif très sévère a été mis en évidence lors d'une polygraphie. Relevant en outre que la recourante suit un traitement anti-anxiolytique (sic) et anti-dépresseur, le Dr H._____ indique que pour ces raisons, il considère que la santé de la recourante s'est dégradée de façon graduelle depuis 2007, les diagnostics principaux étant des troubles rhumatismaux (arthrose généralisée), un syndrome d'apnée du sommeil sévère, un trouble anxio-dépressif chronique et une hypertension artérielle (cf. lettre B.b supra).

c) Force est de constater que le rapport relativement succinct du Dr H._____ ne rend pas plausible une aggravation significative de l'état de santé de la recourante. En effet, le rapport du SMR notait déjà, au

plan ostéoarticulaire, de très discrets troubles de la statique vertébrale. La discopathie L4-L5 avec saillie disco-ostéophytaire postéro-médiane et l'hypertrophie arthrosique postérieure rétrécissant le récessus latéral et l'entrée foraminale gauche auxquelles fait allusion le Dr H._____ ne sont absolument pas étayés; au demeurant, ils ne sont nullement mentionnés dans les rapports médicaux adressés le 16 avril 2009 et le 13 mai 2009 au Dr H._____ par les Drs B._____ et F._____ du Département de l'appareil locomoteur du CHUV (cf. lettre C.f supra). Ces rapports font état de "douleurs polyarticulaires périphériques et axiales existant depuis de nombreuses années (plus de 5 ans) avec invalidité secondaire" et considèrent que le tableau clinique - qui apparaît globalement superposable avec celui décrit dans le rapport d'expertise bidisciplinaire SMR du 9 décembre 2003 - correspond à une polyarthrite rhumatoïde. On ne distingue donc pas d'éléments objectifs d'aggravation par rapport au status constaté lors de l'examen SMR de décembre 2003. Quant au syndrome d'apnée du sommeil évoqué par le Dr H._____, il a été diagnostiqué depuis 2004 et est appareillé depuis 2007, de sorte qu'il ne doit plus être considéré comme un facteur d'invalidité durable, comme le relève le Dr E._____ dans son avis SMR du 13 août 2008 (cf. lettre B.c supra). L'hypertension artérielle mentionnée par le Dr H._____ avait déjà été diagnostiquée dans le rapport d'examen bidisciplinaire SMR du 9 décembre 2003, qui relevait (p. 2) que cette hypertension nécessitait un traitement anti-hypertenseur régulier; d'ailleurs, le Dr H._____ indique lui-même dans son rapport du 8 juillet 2008 que la tension artérielle est normale sous traitement. Enfin, la persistance d'un état dépressif chronique, évoquée par le Dr H._____, n'est étayée par aucun psychiatre et les plaintes subjectives exprimées à cet égard existaient déjà lors de l'examen bidisciplinaire SMR du 9 décembre 2003, de sorte que dans ce contexte également, une aggravation de l'état de santé de la recourante n'est pas rendue plausible. Par conséquent, la décision de refus d'entrée en matière rendue par l'OAI échappe à la critique.

4. a) La décision attaquée ne porte que sur le refus de l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations, laquelle n'était étayée que par le rapport médical du Dr H._____ du 8 juillet

2008. L'autorité intimée n'était pas saisie d'une demande de reconsidération fondée sur le caractère manifestement erroné, en raison de la participation de la Dresse I. _____ à l'examen bidisciplinaire des 20 octobre et 4 décembre 2003, de la décision initiale confirmée par décision sur opposition du 2 septembre 2004. Dès lors, cette question ne fait pas partie de l'objet du litige et ne saurait être soulevée dans le cadre du recours dirigé contre la décision de refus d'entrer en matière du 3 octobre 2008 (cf. consid. 2 supra).

b) Au demeurant, il n'apparaît pas que l'OAI, s'il avait statué sur ce point, aurait dû ni même pu reconsidérer sa décision initiale au motif que celle-ci aurait été manifestement erronée, comme l'a fait valoir la recourante au stade seulement de son complément de recours, en se référant aux principes posés par le Tribunal fédéral des assurances dans un arrêt du 31 août 2007 (I 65/07), dont les principes ont été confirmés notamment par arrêts du 26 septembre 2007 (I 47/07 ad TAss VD du 2 novembre 2006 [AI 85/05 - 191/2006], du 10 octobre 2007 (I 594/06 ad TAss GE du 29 mai 2006), du 30 octobre 2007 (I 1055/06 ad TAss VD du 31 mars 2006 [AI 83/05 - 156/2006]) et du 18 février 2008 (I 51/07 ad TAss VD du 27 novembre 2006 [AI 18/04 - 208/2006]). On rappelle à cet égard que dans son arrêt de principe du 31 août 2007, le Tribunal fédéral a annulé un jugement cantonal du 17 octobre 2006 et la décision sur opposition de l'OAI confirmée par ledit jugement, au motif qu'à la date de l'examen par le SMR (soit, dans cette affaire, le 13 septembre 2004), la Dresse I. _____ n'était pas titulaire du titre de psychiatre FMH dont elle se prévalait alors, ni au bénéfice d'une autorisation de pratiquer selon le droit cantonal, l'autorisation en question n'ayant finalement été accordée que le 24 novembre 2006; le Tribunal fédéral a en effet considéré que les irrégularités d'ordre formel liées à la personne de la Dresse I. _____ et à l'exercice de son activité au sein du SMR entachaient la fiabilité du rapport médical établi sur mandat de l'administration.

c) Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Pour juger

s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 p. 389 et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits; un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c p. 17, 115 V 308 consid. 4a/cc p. 314).

Selon la jurisprudence rendue avant l'entrée en vigueur de la LPGA mais qui reste valable sous l'empire de l'art. 53 al. 2 LPGA (ATF 133 V 50 consid. 4.1; TF I 44/07 du 25 septembre 2007, consid. 2.2), ne peuvent être reconsidérées que les décisions sur lesquelles une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée au fond (ATF 127 V 466 consid. 2c et les références; 110 V 176 consid. 2a et les arrêts cités; TF I 44/07 du 25 septembre 2007, consid. 2.2). Or en l'espèce, la décision sur opposition du 2 septembre 2004 a fait l'objet d'un recours au Tribunal des assurances, puis au Tribunal fédéral; elle a ainsi été confirmée par deux instances judiciaires, qui se sont prononcées au fond et ont confirmé la force probante du rapport d'examen bidisciplinaire du SMR. Dans ces conditions, il n'y avait de toute manière pas de place pour une reconsidération, par l'OAI, de sa décision sur opposition du 2 septembre 2004 (cf. dans ce sens aussi jugement du Tribunal des assurances AI 64/08 du 6 mai 2008, consid. 4b). La question de savoir si, au vu de la jurisprudence initiée par l'arrêt du Tribunal fédéral du 31 août 2007, l'OAI serait actuellement habilitée à rejeter une demande de prestations en se fondant sur un tel rapport médical peut rester indéfinie, puisqu'elle est étrangère au présent litige (jugement du Tribunal des assurances AI 64/08 précité, consid. 4b).

d) Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une expertise bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique, comme le sollicite la recourante.

5. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 francs. En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision attaquée est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. est mis à la charge de U._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Flore Primault, avocate (pour U. _____)
- Office de l'Assurance-Invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier