

VD_GERICHTE ZD11.008995 vom 27. Juni 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-06-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD11.008995

FR: VD_GERICHTE ZD11.008995 du 27 juin 2012

IT: VD_GERICHTE ZD11.008995 del 27 giugno 2012

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 72/11 - 215/2012 ZD11.008995 CO UR DE S
ASSURANCES SOCIALES _____

Arrêt du 27 juin 2012 _____ Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE

Juges : Mme Pasche et M. Merz Greffier : M. Bohrer ***** Cause pendante entre :
Z. _____, à [...], recourante, représentée par Me Valérie Mérinat, à Vevey, et OFFICE
DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé.

_____ Art. 17 al. 1 LPGA ; 87 al. 3 et 4 RAI 403

- 2 - E n f a i t : A. Z. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante bosniaque, née le 16 mars 1963, résidant en Suisse depuis décembre 1993, mariée sans enfant, ayant suivi sa scolarité obligatoire et sans formation professionnelle, a déposé une demande de prestations AI pour adulte le 10 janvier 2006 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI ou intimé). L'assurée a indiqué souffrir de maux au dos depuis août 2000 et avoir besoin de l'aide régulière et permanente de tiers pour accomplir des actes ordinaires de la vie. De novembre 1999 à février 2005, l'assurée a travaillé successivement comme ouvrière dans l'industrie alimentaire puis comme nettoyeuse. Plusieurs arrêts maladie de longue durée ont émaillé son parcours professionnel depuis août 2000. Dans un rapport d'hospitalisation du 16 janvier 2006, le Dr O. _____ du Service d'orthopédie et traumatologie de l'Hôpital [...], a posé les diagnostics de syndrome lombovertébral sur discopathie étagée L3-S1 avec protrusion discale globale L4-L5 et L5-S1 ainsi que de trouble dépressif plus ou moins traité (compliance douteuse). Dans un rapport médical du 30 janvier 2006, le Dr B. _____, spécialiste en rhumatologie, a posé les diagnostics de lombosciatalgies chroniques et de troubles somatoformes douloureux persistants. Il a rapporté en outre que les investigations effectuées sur l'assurée (bilan biologique, radiographie du bassin, IRM de la colonne lombaire) ne démontraient que des discopathies lombaires basses débutantes, sans conflit discoradiculaire ou canal étroit et sans atteinte des coxofémorales ou des sacroiliaques. Dans ce même rapport, ce spécialiste a considéré pour l'essentiel qu'en l'absence de substrat organique suffisant, les symptômes de l'assurée étaient principalement à mettre sur le compte de

- 3 - troubles somatoformes douloureux persistants et qu'il faudrait essentiellement procéder à une expertise psychiatrique à la recherche d'une comorbidité pour évaluer les capacités de travail résiduelles malgré l'absence d'éléments évidents d'organicité. Dans un rapport médical de consilium du 13 février 2006, le Dr F. _____, spécialiste en neurologie, a indiqué notamment ce qui suit : "APPRECIATION : Sur la base des éléments [qui précèdent], je retiens donc actuellement la présence d'un syndrome lombovertébral relativement marqué mais sans évidence pour une atteinte radiculaire irritative ou déficitaire de façon significative hormis une discrète hyporéflexie rotulienne droite. Le bilan

neurographique ne montre pas d'asymétrie des latences des réponses H et il n'y a pas de signes en faveur d'une atteinte neurogène au niveau des myotomes L4 à S1 à droite. Les investigations neuroradiologiques récentes, soit en octobre dernier, sont tout à fait rassurantes. Je pense que l'on peut sans autre en rester à une approche conservatrice. Il faudrait tâcher de motiver [la patiente] suffisamment pour qu'elle puisse se remobiliser un peu, quitte à repasser par une approche antalgique qui semblait lui avoir convenu il y a quelques années en arrière." Dans un rapport médical du 11 avril 2006 du Dr Q. _____, médecin généraliste et traitant de l'assurée, figurent, sous la rubrique des diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, ceux de syndrome lombovertébral chronique sur discopathie étagée L3-S1 et protrusion discale globale L4-L5 et L5-S1 ainsi que de sciatalgies droites sans compression radiculaire, existant depuis l'été 2000. Sous la rubrique des diagnostics sans répercussions sur la capacité de travail figure celui d'état anxio-dépressif. Selon ce praticien, l'état de santé de l'assurée s'est aggravé, cela malgré la mise en place d'un traitement antalgique et antidépresseur ainsi que deux hospitalisations (hôpital de [...] et hôpital de [...]) en janvier 2006. Sur mandat de l'OAI, le Dr J. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a procédé à une expertise psychiatrique le 9 octobre 2007 sur la personne de l'assurée. Dans son rapport d'expertise du 10 octobre 2007, ce spécialiste a notamment écrit ce qui suit :

- 4 - "A. QUESTIONS CLINIQUES (...) DIAGNOSTICS • Avec répercussion sur la capacité de travail ; depuis quand sont-ils présents ? - Aucun • Sans répercussion sur la capacité de travail ; depuis quand sont-ils présents ? - Épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.1) ; présent depuis 2005 - Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) ; présent depuis 2006 DISCUSSION ET APPRÉCIATION Nous sommes en présence d'une personne de 44 ans chez qui le développement psycho-affectif précoce et tardif ne montre pas d'événements ou de conditions défavorables ayant pu interférer avec le processus normal de mise en place de la personnalité. En particulier, Madame Z. _____ n'a pas été une enfant battue, elle n'a pas été victime d'abus sexuels, on ne relève pas de séparations (absence d'hospitalisations prolongées ou répétitives, absence de placements loin du domicile parental pendant longtemps) ni de phénomènes de parentification (absence d'attribution de tâches ou de responsabilités d'adulte à un âge trop précoce). Il n'y a pas d'éléments en faveur de la présence d'une personnalité pathologique selon les critères de la CIM-10. L'assurée a commencé à présenter des douleurs depuis de nombreuses années, avec une première exacerbation en 2000, ce qui a mené à un arrêt de l'activité professionnelle en janvier 2001. Une nouvelle exacerbation a lieu à la fin du mois de décembre 2005, et suite à cela elle a été hospitalisée dans le Service d'orthopédie et de traumatologie de l'Hôpital de [...] (1er-6 janvier 2006). Une indication chirurgicale n'est pas retenue et l'assurée est transférée à l'Hôpital de [...] (6-20 janvier 2006). Toutes les investigations radiologiques et biologiques (IRM lombaire, radiographie du bassin, bilan biologique) ont été non contributives. Dans le contexte des douleurs chroniques et de leurs exacerbations, Madame Z. _____ développe une symptomatologie dépressive pour laquelle un traitement antidépresseur de venlafaxine (Eflexor®) a été mis en place par le médecin traitant, le Docteur Q. _____. Ce traitement a été interrompu puis remis en place lors des hospitalisations citées ci- dessus ; il a été prescrit jusqu'à ce jour, mais avec une observance douteuse. Avec la persistance de l'état anxio-dépressif, le Docteur Q. _____ adresse sa patiente pour un suivi psychiatrique à l'Association C. _____ à [...], endroit où elle se rendra pendant 6 à 8 mois environ. Il n'y a pas eu de changement de traitement psychotrope mais l'ajout d'un antidépresseur-hypnotique de mirtazapine

(Remeron®) a été effectué par le Docteur Q._____. L'assurée a arrêté cette prise en soins psychiatrique car elle ne se sent pas aidée. En dehors de cela, elle n'a jamais consulté de psychiatre ni de psychothérapeute dans sa vie. Dans les documents médicaux en notre possession, la mention d'un état dépressif n'apparaît pas avant le début de l'année 2006 (compte-rendu d'hospitalisation du 16 janvier 2006 du Docteur O._____ de

- 5 - l'Hôpital de [...] ; rapport médical AI du 11 avril 2006 du Docteur Q._____), sans qu'il ne soit fait référence à son début. L'assurée mentionne l'apparition d'une tristesse permanente et de pleurs depuis 2 ans. Pour ces raisons, nous estimons que l'épisode en cours a atteint sa manifestation actuelle en 2005. Actuellement, Madame Z._____ présente une humeur déprimée, une anhédonie (perte de la capacité de plaisir), une diminution de la confiance en elle, des idées de mort passives ainsi que des troubles du sommeil (critères 1 et 2 de B. et 1, 3 et 6 de C. vérifiés). Elle présente donc un épisode dépressif moyen selon les critères de la CIM-10. Il n'y a pas d'éléments suffisants pour retenir la présence d'un syndrome somatique (absence de manque de réactivité émotionnelle, absence de pôle matinal de la dépression, absence de ralentissement psychique, absence de perte d'appétit, absence de perte de poids). Parmi les éléments de la dépression potentiellement limitatifs pour l'exercice de l'activité professionnelle (diminution de l'énergie, diminution de la volonté, ralentissement psychomoteur, troubles de la concentration, troubles de la mémoire, perte de la confiance en soi, anxiété déstructurante), la réduction de l'énergie est le reflet des limitations induites par les douleurs. En effet, à l'analyse du déroulement du quotidien, si l'assurée n'a que peu d'activités, cela est consécutif aux douleurs. Par exemple, elle essaie autant que possible, si elle a moins mal, d'aider dans les tâches du quotidien (elle aide à la préparation des repas, elle accompagne parfois son mari pour les courses) ; la réduction de l'énergie d'origine purement psychique est peu marquée et non incapacitante. Il n'y a pas de diminution de la volonté, dans la mesure où par exemple Madame Z._____ souhaiterait travailler, qu'elle se force à descendre parfois pendant 15 ou 20 minutes alors qu'elle n'en a pas envie. Il n'y a pas de ralentissement psychique (débit verbal normal, parfois légèrement accéléré) ; le ralentissement moteur est la conséquence des douleurs. L'assurée fait état de troubles de la concentration, aspect qui n'a pas été objectivé au cours de l'examen du 9 octobre 2007. En effet, Madame Z._____ a compris et a répondu aux questions qui lui étaient posées sans hésitations ou temps de latence accru, et cela pendant toute la durée de l'entretien (2h15). Si elle dit ne plus lire ni regarder la télévision, cela est par manque d'intérêt. De même, nous n'avons pas objectivé de troubles formels de la mémoire à court terme ou à long terme (restitution précise, sur insistance, de dates ou d'événements du passé lointain ou proche). Il existe une diminution de la confiance en elle. Cet aspect n'a cependant pas de répercussions sur la capacité de travail, dans la mesure où l'activité habituelle (ouvrière, nettoyeuse) ne nécessite pas de prises de risques ou d'établissement de stratégies engageant l'avenir de l'entreprise. Enfin, si l'assurée se dit anxieuse, cet aspect n'a pas été objectivé au cours de l'entretien du 9 octobre 2007 ; il n'apparaît pas par ailleurs que cette anxiété soit psychiquement déstructurante (absence d'envahissement du psychisme par l'angoisse avec abolition de tout processus de pensée). Les autres éléments (troubles du sommeil, augmentation de l'appétit, idées de mort passives, absence de libido et anhédonie) ne sont pas des éléments incapacitants per se.

- 6 - Madame Z._____ fait état de sa souffrance avec une insistance dramatique. Cet aspect (démonstrativité) est relevé par le Docteur Q._____ dans le rapport médical AI du 11 avril 2006. En outre, au cours de l'entretien du 9 octobre 2007, Madame Z._____

a répondu systématiquement par l'affirmative aux questions se rapportant à la présence de symptômes dépressifs. Or, nous avons [vu] ci-dessus qu'il existait une différence significative entre ce qui est rapporté et ce qui est effectivement observé. En substance, la symptomatologie actuelle sur le plan strictement psychiatrique est insuffisamment prononcée pour être limitative pour l'exercice de l'activité professionnelle. L'absence de suivi psychiatrique, l'absence d'hospitalisation en milieu psychiatrique, sont des éléments parlant contre la présence d'un état clinique suffisamment grave pour limiter la capacité de travail. Dans le rapport médical AI du 30 janvier 2006, le Docteur B._____ retient le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant. Ce diagnostic est également retenu par le même médecin dans le rapport d'hospitalisation du 27 janvier 2006 (le code diagnostic F45.0 fait référence au diagnostic de somatisation ; il s'agit manifestement d'une erreur). Madame Z._____ présente effectivement des douleurs intenses, persistantes, douleurs qui s'accompagnent d'un sentiment de détresse (elle a le sentiment d'être abandonnée dans son malheur) et qui ne sont pas entièrement expliquées par une atteinte somatique (toutes les investigations radiologiques et biologiques sont non contributives, tel que cela est relevé par le Docteur B._____ dans le rapport d'hospitalisation du 27 janvier 2006). Ces douleurs constituent en permanence la préoccupation essentielle de l'assurée (sa vie est organisée en fonction de cela). Madame Z._____ souffre effectivement d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, selon les critères de la CIM-10. Concernant les critères de la gravité retenus par le Tribunal fédéral pour le syndrome douloureux somatoforme persistant, il n'y a pas de comorbidité psychiatrique invalidante car l'épisode dépressif moyen est un facteur d'accompagnement au syndrome douloureux somatoforme persistant et il n'atteint pas une importance et une gravité suffisantes pour être incapacitant. De plus, l'anamnèse met en évidence l'absence de perte d'intégration sociale (Madame Z._____ reçoit la visite de sa mère, elle parle au téléphone avec sa fratrie, elle voit sa soeur plusieurs fois par semaine). Il n'y a pas d'affection corporelle chronique pour expliquer l'ampleur des plaintes (absence de troubles ostéo-articulaires significatifs et objectifs). Par rapport à la présence d'un état psychique cristallisé (résolution défectueuse d'un conflit intra-psychique par les douleurs), son évaluation dépasse le cadre d'une expertise (nécessité d'une exploration psychodynamique en profondeur). Par contre, les traitements conformes aux règles de l'art se sont montrés inefficaces. L'évaluation des critères concernant le syndrome douloureux somatoforme persistant ne montrent pas d'arguments suffisants pour une atteinte incapacitante. B.

INFLUENCE SUR LA CAPACITÉ DE TRAVAIL

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

- 7 - - Sur le plan psychique et mental Aucune. - Sur le plan social Aucune. 2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici 2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ? Sur le plan strictement psychiatrique, il n'y a pas de troubles suffisamment prononcés pour être susceptibles d'agir sur l'activité exercée jusqu'ici. 2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail Elle est totale. 2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ? Oui, 8 heures par jour. 2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ? Non, en l'absence de ralentissement psychomoteur, en l'absence de troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire. 2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ? L'examen psychiatrique du 9 octobre 2007 n'a pas montré un état induisant des limitations fonctionnelles sur le plan psychique entraînant une incapacité de travail durable. 2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué

depuis lors ? Il est toujours resté nul. 3. En raison de ses troubles psychiques, l'assurée est-elle capable de s'adapter à son environnement professionnel ? Malgré ses troubles psychiques, l'assurée est capable de s'adapter à son environnement professionnel." Dans un rapport d'examen du Service médical régional AI (ci- après : SMR) du 5 décembre 2007, le Dr P. _____, spécialiste en médecine interne générale, a retenu ce qui suit concernant l'assurée : "Problèmes : Lombosciatalgies chroniques associées à des discopathies de L3 à S1 sans syndrome radiculaire M51.8 Episode dépressif moyen sans syndrome somatique F32.1

- 8 - Trouble somatoforme douloureux F45.4 Le Dr B. _____ rapporte des discopathies lombaires basses débutantes sans conflit radiculaire. Nous estimons que les travaux de force lourds ne sont plus exigibles chez cette assurée et que les limitations fonctionnelles de protection du dos sont de mise. Les emplois antérieurs de l'assurée sont adaptés. La capacité de travail a été de 0% de fin décembre 2005 à mi- février 2006 et de 100% dès mi-février 2006 soit 3 semaines après sa sortie du Centre C. _____ de [...] (convalescence). L'expertise psychiatrique du Dr J. _____ ne retient aucun empêchement psychique à l'intégration au monde de l'économie et le trouble somatoforme est discuté en prenant en compte la jurisprudence du TFA constante en la matière. Il conclut en l'absence d'empêchements psychiques durables. Limitations fonctionnelles : Pas de port répété de charge de plus de 8-10 kg, pas de position du tronc tenue en porte-à- faux, pas de flexion-rotation répétées du tronc, possibilité de changer de position chaque heure ou d'utiliser une selle ergonomique. La capacité de travail de l'assurée est entière dans le monde de l'économie." Par projet de décision du 29 janvier 2008, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande de rente. Par courrier du 27 février 2008, l'assurée a fait part à l'OAI de son opposition à son projet de décision en indiquant qu'elle avait été hospitalisée à l'Hôpital psychiatrique A. _____ à [...] (ci-après : Hôpital psychiatrique A. _____) du 13 février au 21 février 2008. Par courrier du 14 mars 2008, l'assurée a notamment fait savoir à l'OAI qu'elle avait été suivie ces dernières années par l'Association C. _____ à [...], ce dont le dossier ne faisait pas état, ainsi que par un médecin psychiatre de l'Unité Psychiatrique X. _____ de [...] (ci-après : Unité Psychiatrique X. _____). Dans un rapport médical du 19 mars 2008, les Drs N. _____ et R. _____ du Hôpital psychiatrique A. _____ ont écrit notamment ce qui suit :

- 9 - "ELEMENTS ANAMNÉSTIQUES (...) Comme déclencheur de la crise actuelle, s'ajoute le refus de l'AI début janvier d'entrer en matière pour une rente pour ses troubles somatoformes. Depuis cette date, la patiente ne sort plus de chez elle, souffre de clinophilie, avec des crises d'angoisse, tant le matin que le soir, des troubles du sommeil sous forme de problème d'endormissement et des cauchemars ainsi qu'une importante diminution de l'appétit. Depuis une dizaine de jours, la patiente présente des idées noires et des idées suicidaires scénarisées (se jeter sous le train), raison pour laquelle vous nous demandez une hospitalisation d'office. (...) DIAGNOSTIC : (CIM-10) F32.2 Episode dépressif sévère, avec syndrome psychotique F45.4 Syndrome douloureux persistant Z60.3 Difficultés liées à l'acculturation Z63.0 Difficultés avec le partenaire EVOLUTION ET DISCUSSION : Il s'agit d'une première hospitalisation suites à des menaces, auto- et hétéro-agressives après avoir reçu un refus de l'AI pour une rente. La patiente reste enfermée chez elle ; de plus en plus en retrait avec les membres de son entourage. Lors des entretiens, nous mettons en évidence une importante crise de couple, qui dure depuis environ 2 ans. On remarque une osmose chez le couple, avec des moments de distance pris par le mari pour pouvoir soulager

la pression domestique. Pendant l'hospitalisation, nous pouvons remarquer une diminution de la symptomatologie dépressive ainsi que des angoisses vis-à-vis du refus de l'AI. Par ailleurs, nous remarquons une patiente en Suisse depuis environ 15 ans, quasiment incapable de communiquer en français et qui doit présenter des troubles liés à l'acculturation." Dans un avis médical du 22 avril 2008, le Dr P. _____, du SMR, a relevé que le trouble de l'humeur décrit dans le rapport d'hospitalisation du CPNV avait été pris en compte dans l'expertise psychiatrique du Dr J. _____ en octobre 2007 et que l'aggravation temporaire de l'état de l'assurée serait due, d'après le rapport d'hospitalisation, au projet de décision AI du 29 janvier 2008. Ce praticien a relevé en outre que "[à] la sortie du Hôpital psychiatrique A. _____ le compte rendu d'hospitalisation signale après 8 jours une diminution de la symptomatologie dépressive" avant de conclure "[i]l n'y a pas de fait nouveau depuis le rapport d'examen SMR du 05/12/2007".

- 10 - Par décision du 14 mai 2008, l'OAI a rejeté la demande de rente de l'assurée. L'assurée n'a pas fait recours contre cette décision laquelle est entrée en force. B. Par courrier du 29 janvier 2010, l'assurée a demandé la réouverture de son dossier AI et le réexamen de sa situation au motif que son état de santé physique avait empiré et que sa santé psychique était aussi durablement atteinte. A l'appui de sa demande, l'assurée a joint diverses pièces dont les principales sont les suivantes : - Un rapport médical du 15 septembre 2009, de la Dresse M. _____, spécialiste en rhumatologie, à l'attention du Dr Q. _____, posant les diagnostics suivants : "Diagnostic : Lombalgies sur - Troubles statiques - Discopathie L5-S1 de type Modic I - Arthrose postérieure L4-L5, prédominant à droite - Protrusion discale médiane L4-L5 Trouble somatoforme douloureux Episode dépressif". Cette spécialiste a indiqué en outre notamment que : "La symptomatologie a débuté en août 2000, par un lumbago dont l'évolution a été favorable ; récurrence en 2001, cette fois avec irradiation dans la fesse droite. Depuis le mois de juillet 2001, et jusqu'à aujourd'hui, la patiente présente le même tableau douloureux, à savoir, des lombosciatalgies à droite, avec des poussées hyperalgiques. Les investigations ont compris des radiographies standard, une IRM en 2001, 2003, 2005, et 2006. Les deux premières montrent une discopathie encore modérée L4-L5 et L5-S1. Tous les traitements médicamenteux, y compris stéroïdien, les infiltrations, la physiothérapie, à sec et dans l'eau, n'améliorent pas la situation. Cette symptomatologie tend même à se diffuser dans la région dorsale, cervicale et dans les membres supérieurs. Le tout a entraîné une incapacité de travail, et une expertise effectuée par ma collègue, Dr [...], en février 2002 : elle conclut à une discopathie L5-S1, sans contre-indication de la poursuite de l'activité. Parallèlement, la patiente est prise en charge en

- 11 - psychiatrie ; deux expertises psychiatriques ont été effectuées : le diagnostic est celui d'un épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique et un syndrome douloureux somatoforme persistant. Une médication conséquente, anti-dépressive et neuroleptique a été introduite. Une demande de rente invalidité a été déposée, refusée. L'évolution n'est donc pas favorable, avec ces douleurs chroniques exacerbées périodiquement. Tu décris une aggravation de la problématique psychiatrique tout récemment. Une nouvelle IRM a été effectuée le 18 juin de cette année ; elle montre une atteinte plus nette en L5-S1 de type Modic I. (...) Lors de notre conversation téléphonique, tu me signales que mon examen est quasiment superposable à tes examens, ceci depuis le début de l'affection. Les documents radiologiques montrent en effet, une évolution significative, entre 2006 et 2009, avec l'apparition de ces lésions type Modic I sur les plateaux L5-S1. De telles lésions, si elles

sont isolées, et surtout sans le contexte psychosomatique, peuvent constituer une indication opératoire. Malheureusement, dans la situation qui nous concerne, l'ensemble du tableau rend très prudent. (...) [L]'avis du Dr V. _____ me paraît indiqué pour tenter d'évaluer de quelle manière ces lésions objectivables ont des répercussions sur une symptomatologie douloureuse de la patiente." - Un rapport médical du 9 décembre 2009 du Dr V. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au sein Département Y. _____ lequel a écrit ce qui suit : "Appréciation : Madame Z. _____ présente un tableau difficile de lombosciatalgies dans le cadre d'une scoliose avec trouble dégénératif comprenant une discopathie L5-S1 Modic I, une arthrose postérieure L4-L5 ainsi qu'une sténose foraminale relative de L5-S3 gauche, dans le cadre de troubles somatoformes et d'épisode dépressif. Sur la base de l'examen du jour ainsi que de l'imagerie à disposition, nous ne retenons pas pour l'heure d'indication opératoire pour cette patiente. Toutefois, si celle-ci venait à présenter une augmentation de sciatalgies dans, le territoire de L5 gauche résistante au traitement conservateur, nous proposerions d'emblée un geste chirurgical étant donné la sténose foraminale L5-S1 gauche relative. Bien que nous ne retenions pas d'indication chirurgicale, nous tenons à préciser qu'il y a tout de même une probable corrélation radio-clinique par rapport à la symptomatologie de la patiente."

- 12 - - Un rapport médical du 25 janvier 2010 de la Dresse S. _____, cheffe de clinique-adjointe au sien de l'Unité Psychiatrique X. _____ de [...], qui écrit notamment ce qui suit : "Depuis que nous suivons Mme Z. _____, nous constatons un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F33.2). Sous médication antidépressive, neuroleptique et somnifère ainsi que sous un traitement psychothérapeutique de soutien, l'évolution est stationnaire avec toutefois diminution des idées noires qui apparaissent actuellement de façon fluctuante sans scénario précis et atténuation des symptômes psychotiques. Mme Z. _____ présente un ralentissement psychomoteur marqué, une thymie triste avec des pleurs fréquents, une anhédonie, une perte d'énergie, des sentiments de vide et de désespoir, une anticipation très pessimiste de l'avenir, d'importants troubles du sommeil (insomnies, cauchemars) et un retrait social marqué. Elle mentionne une anxiété constante. Mme Z. _____ présente par moments des idées délirantes de ruine et de persécution, des sentiments d'étrangeté et des épisodes de dépersonnalisation. En outre, elle souffre de douleurs constantes et importantes au niveau du rachis et de la nuque. (...) Nous estimons que l'épisode dépressif actuel et pour lequel nous suivons cette patiente depuis deux ans, entraîne une incapacité de travail totale." Par décision du 15 avril 2010, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestation déposée le 29 janvier 2010 par l'assurée, au motif que celle-ci n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé. Par acte du 17 mai 2010, l'assurée a fait recours contre cette décision. Par réponse du 30 juillet 2010, l'OAI a relevé que la décision attaquée avait été rendue sans que l'assurée ait pu exercer son droit d'être entendue et qu'il convenait dès lors de l'annuler. Par arrêt du 1er septembre 2010 la Cour de céans a admis le recours de l'assurée contre la décision rendue le 15 avril 2010 par l'OAI, a annulé ladite décision et a renvoyé la cause à cet office pour nouvelle décision une fois l'assurée entendue (AI 196/10 – 338/2010).

- 13 - Par projet de décision du 21 septembre 2010, l'OAI a informé l'assurée de son intention de ne pas entrer en matière sur la demande de prestations déposée le 29 janvier 2010 au motif que selon le SMR, les rapports médicaux produits n'apportaient aucun fait nouveau sur le plan médical rendant plausible une aggravation de son état de santé. L'OAI a souligné que le SMR avait conclu qu'au plan somatique l'état de santé de l'assurée était

stationnaire depuis sa décision du 14 mai 2008 et qu'il n'y avait pas non plus d'aggravation au plan psychiatrique depuis l'expertise de 2007 du Dr J. _____, psychiatre. Par courrier du 28 octobre 2010, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a fait part de ses objections au projet de décision de l'OAI considérant pour l'essentiel qu'elle avait rendu plausible l'aggravation de son état de santé tant sur le plan somatique que psychique et qu'il convenait pour l'OAI d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations et de l'instruire. A l'appui de sa position, le conseil de l'assurée a relevé que : "Les Drs V. _____ et M. _____ ont mis en avant une discopathie L5-S1 de type Modic I. Cette atteinte est plus nette que précédemment. Elle a pu être mise en avant à la suite d'un IRM effectué le 18 juin 2009, soit bien après la décision du 14 mai 2008. Sur le plan psychique également, des éléments nouveaux ont été mis en avant. Z. _____ a été hospitalisée en février 2008 auprès du Hôpital psychiatrique A. _____. A sa sortie, elle a été prise en charge par l'Unité Psychiatrique X. _____ de [...]. La Dresse S. _____, cheffe de clinique-adjointe auprès de l'Unité Psychiatrique X. _____, a indiqué, dans son courrier du 25 janvier 2010, que ma mandante connaissait un état dépressif sévère depuis février 2008 entraînant une incapacité de travail totale. Il faut ici rappeler que la décision rejetant la demande de prestation de ma mandante, datée du 14 mai 2008, retenait ce qui suit s'agissant de l'anamnèse et de l'état de santé de Mme Z. _____ : - une hospitalisation à fin décembre 2005 en raison d'une lombocruralgie droite ; - les lombosciatalgies chroniques empêchent les travaux de force ; - des limitations fonctionnelles de protection du dos sont de mises ; - les activités exercées antérieurement sont adaptées et exigibles ;

- 14 - - sur le plan strictement psychiatrique, il n'y a pas de troubles suffisamment prononcés pour être susceptibles d'agir sur la capacité de travail exercée jusqu'alors. Quant au plan psychique, il faut souligner que le Dr J. _____, dans son expertise psychiatrique du 10 octobre 2007 - soit dans le cadre de l'examen de la première demande déposée par ma mandante - indiquait que Z. _____ n'avait jamais été hospitalisée en milieu psychiatrique. Ce médecin avait par ailleurs retenu un épisode dépressif moyen. Se basant sur l'avis du SMR, vous considérez que les certificats médicaux produits à l'appui de la demande de Mme Z. _____ n'apporteraient aucun fait nouveau au plan médical rendant plausible une aggravation de son état de santé. Je relève toutefois que la Dresse M. _____ - contrairement à ce qu'a écrit le SMR - a indiqué que les documents radiologiques montrent une évolution significative, entre 2006 et 2009, avec l'apparition de ces lésions de type Modic I, sur plateaux L5-S1. On ne peut en déduire que le status clinique objectif est inchangé. Le Dr V. _____ est par ailleurs plus nuancé que semble le croire le SMR puisqu'il a mentionné dans son rapport ce qui suit : « nous tenons à préciser qu'il y a tout de même une probable corrélation radio-clinique par rapport à la symptomatologie de la patiente ». Là également, il n'est pas possible d'en conclure - comme le fait le SMR - que l'IRM du 17 [recte :18] juin 2009 est en tout point comparable à celui réalisé en 2006." Dans un avis médical d'audition du 29 novembre 2010, le Dr P. _____, du SMR, a écrit ce qui suit : "L'avis SMR du 9 avril 2010 avait conclu ainsi : "(...) Antérieurement, le Dr M. _____ avait examiné l'assurée le 8.09.2009, elle retenait des diagnostics similaires à ceux du rapport d'examen SMR du 5.12.2007. Elle retient actuellement en page 3 que son examen clinique est quasiment superposable à celui réalisé par le Dr Q. _____ et ce, depuis le début de l'affection. Pour le Dr M. _____, le status clinique objectif est donc inchangé depuis le début de l'affection. Le Dr V. _____ du Département Y. _____ a examiné l'assurée en consultation le 8.12.2009. Il retient comme seul diagnostic somatique des lombalgies dont les causes sont similaires à celles

relevées lors de l'instruction initiale au SMR. Aucun élément clinique objectif ne permet de retenir un syndrome radiculaire déficitaire tant au niveau sensitif que moteur. L'IRM du 17.06.2009 est en tout point comparable à celle réalisée en 2006, ceci tant de l'avis du Dr V. _____ que du radiologue qui a rédigé et signé le rapport. Il convient donc de conclure qu'au niveau somatique, l'état de santé de l'assurée est stationnaire depuis la dernière décision AI.

- 15 - Au niveau psychiatrique, le Dr S. _____, chef de clinique adjointe au secteur psychiatrique Nord, a rédigé à l'intention de l'OAI un courrier qui rappelle que l'assurée est suivie à l'Unité Psychiatrique X. _____ de [...] depuis le 12.02.2008. Ce suivi médical a été mis en place dans le prolongement du séjour en milieu hospitalier psychiatrique du 13 au 21.02.2001 [recte : 2008] avec comme diagnostics principaux dans la lettre de sortie un épisode dépressif sévère avec syndrome psychotique associé à un syndrome douloureux persistant codé F45.4, difficultés liées à l'acculturation (Z60.3) et difficultés avec le partenaire (Z63.0). Les signataires du rapport d'hospitalisation écrivent la phrase suivante dans le paragraphe évolution-discussion : « il s'agit d'une première hospitalisation suite à des menaces auto et hétéro-agressives après avoir reçu un refus de l'AI pour une rente ». Au niveau de l'anamnèse, il avait été retenu : « comme déclencheur de la crise actuelle s'ajoute le refus de l'AI début janvier d'entrer en matière pour une rente pour ses troubles somatoforme ». L'hospitalisation de début 2008 a donc eu pour cause le refus de prestations annoncé à l'assurée par l'OAI. Le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant étant similaire à celui de trouble somatoforme douloureux persistant, il convient de considérer que ce diagnostic est confirmé. Dans ce contexte, il convient d'intégrer la symptomatologie subjective de la patiente par rapport à son humeur comme faisant partie intégrante du trouble somatoforme, Il n'y a donc pas sur le plan psychiatrique d'aggravation depuis l'expertise du Dr J. _____, psychiatre FMH en 2007". Précisions concernant la classification de Modic : c'est en 1988 que Michael Modic lors d'une étude IRM de 474 lombalgiques introduisit une classification en 2 stades qui portent aujourd'hui son nom. Ce n'est que plus tard qu'il a été décrit un stade 3. Ces stades correspondent à trois altérations élémentaires de signal dans les territoires osseux sous-chondraux. La persistance d'un stade 1 depuis probablement 2001 n'est pas un signe d'aggravation. Aucune modification clinique n'est décrite d'ailleurs depuis le rapport SMR de décembre 2007. De plus une évolution significative n'est pas une aggravation significative. Il s'agit de modification radiologique ou d'une interprétation différente des signaux en T1/T2 du temps de l'IRM. Il n'y a pas d'un point de vue médical de lésion de type Modic 1 sur le plateau L5-S1 comme le laisse supposer l'interprétation de l'IRM par Maître Mérimat. Il n'y a donc pas de faits nouveaux depuis la dernière décision AI qui rendent plausibles une aggravation de l'état de santé." Par décision du 2 février 2011, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de réouverture du dossier faite par l'assurée le 29 janvier 2010 estimant en substance que de l'avis du SMR, aucun fait nouveau au plan médical ne rendait plausible une aggravation de son état de santé, ni sur la plan somatique, depuis sa précédente décision du 14

- 16 - mai 2008, ni sur le pan psychiatrique depuis l'expertise en 2007 du Dr J. _____. C. Par acte du 4 mars 2011, Z. _____, par l'intermédiaire de son conseil, a fait recours contre cette décision en concluant à ce qu'il soit entré en matière sur sa demande de prestations déposée le 29 janvier 2009. La recourante a relevé que l'OAI avait balayé les différents certificats médicaux qu'elle avait produits à l'appui de sa demande, cet office ayant considéré, en se basant exclusivement sur l'avis du SMR du 29 novembre 2010, que

ceux-ci n'apportaient aucun fait nouveau sur le plan médical rendant plausible une aggravation de son état de santé. Sur le plan somatique, le recourante a souligné que les Drs V._____ et M._____ avaient mis en avant une discopathie L5-S1 de type Modic 1 et avaient relevé que cette atteinte était plus nette que précédemment suite à une IRM effectuée le 18 juin 2008, soit postérieurement à la décision de l'OAI du 14 mai 2008. En outre, le recourante constate que la Dresse M._____ a indiqué que les documents radiologiques montraient une évolution significative entre 2006 et 2009, avec apparition de lésions de type Modic, sur le plateau L5-S1, et cela contrairement à ce qui ressortait de l'avis du SMR. Enfin, la recourante a indiqué que le Dr V._____ n'avait pas considéré, comme semblait le croire le SMR, que l'IRM du 18 juin 2009 était en tout point comparable à celle réalisée en 2006 et que ce spécialiste avait attesté qu'il y avait "tout de même une probable corrélation radio-clinique par rapport à une simple symptomatologie de la patiente". La recourante a considéré que sur la base des avis médicaux de Drs V._____ et M._____, une aggravation de son état de santé était rendue plausible sur le plan physique. Sur le plan psychique, la recourante a indiqué avoir mis en avant des éléments nouveaux qui étaient inconnus du Dr J._____ au moment de la réalisation de son expertise en octobre 2007, ainsi que de l'OAI, à savoir son hospitalisation au mois de février 2008 auprès du Hôpital psychiatrique A._____ et le fait que la Dresse S._____ avait relevé dans son courrier du 25 janvier 2010 que la recourante connaissait un épisode dépressif lequel remontait à février 2008 qui entraînait une incapacité de travail totale. La recourante a rappelé que dans son rapport d'expertise, le Dr J._____ avait retenu

- 17 - l'existence d'un trouble somatoforme persistant, lequel n'atteignait cependant pas une importance et une gravité suffisante pour être qualifiés d'incapacitant mais qu'un suivi psychiatrique avait été toutefois préconisé dans la mesure où il aurait été susceptible de diminuer le risque que ce trouble prenne une ampleur incapacitante. Or, selon la recourante, sur la base des derniers documents produits, on peut déduire que "la gravité du trouble somatoforme persistant est telle qu'il en devient incapacitant". La recourante a ainsi estimé que les faits évoqués permettaient de constater que des éléments nouveaux étaient intervenus s'agissant de son état de santé, éléments indiquant une dégradation de cet état qui rendait indispensable d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations et d'instruire plus avant sa situation. Dans sa réponse du 9 mai 2011, l'OAI a confirmé sa position et a conclu au rejet du recours. D. Par décision du 6 avril 2011 de la juge instructeur, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, avec effet au 1er mars 2011, et dispensée de l'avance des frais de justice. Me Valérie Mérinat a été commise en qualité d'avocate d'office. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 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 procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par

- 18 - le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 2008 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui

s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). b) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA), le recours satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme. 2. En l'occurrence, la recourante conteste le refus d'entrer en matière de l'intimé sur sa nouvelle demande du 29 janvier 2010. Le litige porte donc uniquement sur le point de savoir si, en vertu de l'art 87 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), la recourante a ou non rendu plausible, devant l'intimé, la péjoration de son état de santé qu'elle allègue depuis la décision prise par l'OAI le 14 mai 2008. 3. a) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Par analogie à l'art. 17 LPGA, la jurisprudence admet que l'administration peut être tenue d'allouer des prestations qui avaient été refusées par une décision ou un jugement entré en force, en cas de modification des circonstances de nature à lui ouvrir droit, désormais, aux prestations demandées (cf. art. 87 al. 3 et 4 RAI, dans sa teneur depuis le 1er mars 2004 ; Damien Vallat, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003, p. 391 ss). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon

- 19 - l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 126 V 75 consid. 1b, 113 V 275 consid. 1a ; VSI 2000 p. 314, 1996 p. 192 consid. 2d). Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (ATF 112 V 372 consid. 2b). Le point de savoir si un changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de 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 conforme au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108). b) Aux termes de l'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 cf. art. 87 al. 2 et 3 RAI), 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. L'art. 87 al. 4 RAI prévoit que lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impuissance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 3 sont remplies. L'exigence ressortant de l'art. 87. al. 3 RAI 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, 117 V 198 consid. 4b et 109 V 108 consid. 2a ; TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). Ainsi, lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est

pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres

- 20 - 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 (ATF 109 V 108 consid. 2b). c) En cas de recours contre une décision de refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, le pouvoir d'examen du tribunal se limite au point de savoir si l'assuré a rendu plausible ou non, devant l'intimé, une modification des circonstances de nature à lui ouvrir droit, désormais, aux prestations demandées. Si tel est le cas, la cause doit être renvoyée à l'intimé pour qu'il entre en matière sur la nouvelle demande, instruisse la cause pour établir les faits et statue au fond sur le droit aux prestations. Dans le cas contraire, le recours est rejeté. Dans ce contexte, le tribunal n'examine en principe le caractère plausible ou non des allégations du recourant que sur la base des moyens de preuves que celui-ci a soumis à l'intimé à l'appui de sa nouvelle demande (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 et TF I 951/06 du 31 octobre 2007 consid. 2.1). 4. a) En l'espèce, à l'appui de ses allégations, la recourante a indiqué en substance qu'elle avait été hospitalisée en février 2008 au Hôpital psychiatrique A._____, et que le trouble somatoforme persistant dont elle souffre, reconnu comme non incapacitant par le Dr J._____ en 2007, l'était devenu depuis lors. En outre, des trois nouveaux rapports médicaux qu'elle a produits et dont elle se prévaut dans son recours, il ressort pour l'essentiel que : - la Dresse M._____, dans son rapport du 15 septembre 2009, a relevé que son examen était quasiment superposable à ceux de son confrère, le Dr Q._____, ceci depuis le début de l'affection et que les documents radiologiques montraient une évolution significative, entre 2006 et 2009, avec l'apparition des lésions type Modic sur les plateaux L5- S1, cette atteinte, plus nette, ayant été mise en évidence suite à une IRM effectuée le 18 juin 2009.

- 21 - - le Dr V._____, dans son rapport du 9 décembre 2009, a relevé en particulier l'existence d'une discopathie L5-S1 type Modic 1 et a indiqué qu'il y avait une probable corrélation radio-clinique par rapport à la symptomatologie de la patiente. - la Dresse S._____, dans son rapport du 25 janvier 2010, a indiqué en substance que la recourante souffrait depuis deux ans d'un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F33.2) entraînant, à son avis, une incapacité de travail totale. Ces rapports ont été soumis à l'appréciation du SMR qui, après examen, a estimé qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux objectifs rendant plausible l'aggravation de l'état de santé de la recourante (cf. avis médical d'audition du 29 novembre 2010 du Dr P._____). En particulier, en ce qui concerne le rapport de la Dresse M._____, il est constaté que pour cette praticienne le status clinique objectif était inchangé depuis le début de l'affection. En ce qui concerne le rapport médical du Dr V._____, on constate, à l'instar du SMR, que ce spécialiste retient comme seul diagnostic somatique des lombalgies dont les causes sont similaires à celles relevées lors de l'instruction initiale du SMR et qu'aucun élément clinique objectif ne permet de retenir un syndrome radiculaire déficitaire tant au niveau sensitif que moteur. En outre, l'IRM du 18 juin 2009 est en tout point comparable à celle réalisée en 2006, ceci tant de l'avis du Dr V._____ que du radiologue qui a rédigé et signé le rapport. En ce qui concerne le rapport de la Dresse S._____, le SMR a souligné que l'assurée était suivie à l'Unité Psychiatrique X._____ de [...] depuis le 12 février 2008 et que ce suivi médical avait été mis en place dans le prolongement du séjour en milieu hospitalier psychiatrique du 13 au 21 février 2001 [recte : 2008] avec comme diagnostics principaux dans la lettre de sortie un épisode dépressif sévère avec syndrome psychotique associé à un syndrome douloureux

persistant codé F45.4, difficultés liées à

- 22 - l'acculturation (Z60.3) et difficultés avec le partenaire (Z63.0). Le SMR a relevé en outre en substance que les signataires du rapport d'hospitalisation avaient écrit qu'il s'agissait d'une première hospitalisation suite à des menaces auto et hétéro-agressives après avoir reçu un refus de l'AI pour une rente et qu'au niveau de l'anamnèse, il avait été retenu que le refus de l'AI d'entrer en matière pour une rente pour les troubles somatoformes de l'assurée s'ajoutait comme déclencheur de la crise à l'époque. Ainsi le SMR a-t-il considéré que l'hospitalisation de début 2008 avait eu pour cause le refus de prestations annoncé à l'assurée par l'OAI et que le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant étant similaire à celui de trouble somatoforme douloureux persistant, il convenait de considérer que ce diagnostic était confirmé et d'intégrer dans ce contexte la symptomatologie subjective de l'assurée par rapport à son humeur comme faisant partie intégrante du trouble somatoforme. Au demeurant, dans son rapport du 25 janvier 2010, la Dresse S. _____ ne fait valoir aucun élément permettant de retenir que le trouble somatoforme douloureux serait devenu invalidant (ATF 130 V 354 et 131 V 50). On relèvera par surabondance que la Dresse S. _____ mentionne dans son rapport que la recourante présente un épisode dépressif sévère qui remonte à deux ans, soit janvier 2008, et qu'à cette époque l'épisode dépressif réactionnel au refus de rente avait été jugé non invalidant par la décision de l'OAI du 14 mai 2008 entrée en force, de sorte que la recourante ne fait valoir aucun élément nouveau sur le plan psychique. De manière plus générale, concernant la classification Modic, le SMR a expliqué que cette classification retenait trois stades correspondant à trois altérations élémentaires de signal dans les territoires osseux sous-chondraux. Dans ce contexte, le SMR a relevé, concernant le cas de l'assurée, que la persistance d'un stade 1 depuis probablement 2001 n'était pas un signe d'aggravation et qu'aucune modification clinique n'était décrite depuis le rapport SMR de décembre 2007. Il a ajouté qu'une évolution significative n'était pas une aggravation significative mais qu'il s'agissait de modification radiologique ou d'une interprétation différente des signaux en T1/T2 du temps de l'IRM. Ainsi, de l'avis du médecin du SMR, il n'y a pas d'un point de vue médical de lésion

- 23 - de type Modic 1 sur le plateau L5-S1 chez la recourante comme le laisse supposer l'interprétation de l'IRM faite par son conseil. La discopathie L5- S1 est connue. Même si l'atteinte a évolué de 2006 à 2009, les limitations fonctionnelles ont été prises en compte lors de la dernière décision entrée en force et ne se sont pas aggravées depuis lors. b) Au regard de ce qui précède et après analyse, on ne voit pas de raisons de s'écarter de l'avis du SMR dont les conclusions sont claires, motivées, cohérentes et convaincantes. Il en va de même des explications relatives à la problématique de la classification de Modic et de ses conséquences sur le cas d'espèce. En effet, la nouvelle demande AI n'ayant été déposée qu'une année et demi après la décision refusant toute prestation, il se justifie de se montrer particulièrement exigeant quant à l'existence d'une aggravation de l'état de santé de la recourante. On retiendra avec le SMR et l'intimé que les documents médicaux produits dans le cadre de la nouvelle demande de prestations déposée le 29 janvier 2010 par la recourante ne font pas état d'affections nouvelles par rapport à celles constatées au moment de la décision initiale de refus de rente du 14 mai 2008. Il convient dès lors de conclure qu'au niveau somatique, l'état de santé de la recourante est stationnaire depuis la dernière décision de l'OAI. De même, il convient de retenir qu'il n'y a pas non plus d'aggravation sur le plan psychiatrique depuis l'expertise du Dr J. _____ en 2007 et que le trouble

somatoforme persistant dont souffre le recourante n'est pas incapacitant. c) En définitive, il s'ensuit que l'OAI était fondé à considérer que la recourante n'avait pas rendu plausible une modification ou une aggravation de son état de santé après sa décision du 14 mai 2008. En outre, lorsque l'OAI retient que les éléments médicaux figurant au dossier – soit les rapports des médecins consultés par la recourante et le rapport du SMR – ne mettent pas en évidence d'aggravation de l'état de santé par rapport aux circonstances qui se présentaient au moment de la décision initiale de refus de rente, cet office fait une appréciation qui n'est objectivement pas critiquable.

- 24 - Le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. 5. 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). La recourante a toutefois été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires sont supportés par le canton, mais provisoirement (art. 122 al. 1 let. b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD. En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure. En conséquence, les frais judiciaires sont arrêtés à 400 fr. et mis provisoirement à la charge du canton. b) La recourante a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Valérie Mérinat (art. 118 al. 1 let. a et c CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office. En l'espèce, la conseil de la recourante a produit la liste de ses opérations, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat de sorte qu'elle doit être arrêtée à 6 heures et 35 minutes de prestations

- 25 - d'avocat, rémunérées à un tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RS 211.02.3]), ce qui correspond à un montant total d'honoraires s'élevant à 1'185 fr. Par ailleurs, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 II 1 ; TF 6B_102/2009 du 14 avril 2009 consid. 2), soit en l'espèce 30 fr. L'indemnité d'office du conseil de la recourante s'élève ainsi à 1'215 fr. c) Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante qui succombe (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, La Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 2 février 2011 par l'Office de l'assurance- invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat. IV. Il n'est pas alloué de dépens. V. L'indemnité d'office de Me Valérie Mérinat, conseil de la recourante, est arrêtée à 1'215 fr. (mille deux cent quinze francs). VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD,

- 26 - tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat. La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède est notifié à : - Me

Valérie Mérinat (pour Z. _____), - 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.