

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 26 mai 2015

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
M. Merz, juge, et Mme Rossier, juge assesseure  
Greffier : M. Cloux

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Y.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Yero Diagne, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 87 al. 2 et 3 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** Y.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1956, mère de deux enfants nés en 1994 et 1996, est sans activité. Elle bénéficie d'une rente de veuve depuis le mois d'août 1997.

Au début de l'année 2008, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin-traitant de l'assurée, s'est vu remettre les documents suivants :

- un rapport du 18 janvier 2008 du Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, qui a pour l'essentiel relevé que l'assurée souffrait depuis trois ans de douleurs chroniques de la hanche et de la fesse droite accompagnées d'irradiation distale non systématisée jusqu'au niveau des orteils ainsi que, depuis quelques mois, de douleurs identiques mais moins intenses concernant la moitié distale du membre inférieur gauche. Ce praticien a en outre exposé que des examens radiologiques avaient révélé des discopathies pluriétagées associées à une protusion discale foraminale droite L3-L4 et une arthrose inter-apophysaire postérieure modérée en L5-S1, relevant qu'une IRM avait montré la présence d'un épéndymome intradural L1-L4 mais que selon les neurochirurgiens consultés, ces éléments n'expliquaient pas la symptomatologie douloureuse de l'intéressée;
- un rapport du 13 mai 2008 du Prof. H.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, qui a en particulier indiqué avoir étudié le dossier de l'assurée - qui ne s'était pas présentée à sa consultation - et constaté une potentielle indication opératoire pour une lésion intra-rachidienne qui n'était pas banale. Selon ce praticien, une IRM pratiquée le 1<sup>er</sup> octobre 2007 montrait une masse intra-rachidienne intra-durale dans le pôle supérieur arrondi se trouvant en L1-L2, le pôle inférieur étant

difficilement déterminable mais probablement en L3-L4. Relevant qu'il était difficile de définir cette masse, il s'est positionné en faveur d'une opération, "ne serait-ce que pour obtenir un diagnostic histologique".

Par formulaire daté du 9 juin 2009, mais transmis le 20 octobre 2009 (date d'indexation), l'assurée a déposé une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Elle a exposé être atteinte, depuis le mois de décembre 2003, d'une tumeur intra-spinale (L1 à L4) de nature encore indéterminée, de discopathies L2-L3, L3-L4 et L4-L5 ainsi que d'un canal lombaire discrètement étroit.

Le 25 décembre 2009, le Dr M. \_\_\_\_\_ a établi un rapport médical ayant notamment la teneur suivante :

"(...)

> 1.1  
Cause de l'incapacité de travail  
 maladie  accident  maternité  non déterminé  
Diagnosics avec effet sur la capacité de travail Existant depuis quand?  
En cas de maladies psychiques, prière de donner le code CIM 10 ou DSM-IV  
 Probable trouble somatoforme douloureux. | 2004  
Diagnosics sans effet sur la capacité de travail Existant depuis quand?  
 Periarthrite hanche D,  Discopathie avec protrusion foraminale L3-L4 (?)  
> 1.2  
Traitement ambulatoire par vous-même du 1996 au  Épendymome (ou masse intracanthébrale) L1-L2 → L3-L4.  
Date du dernier contrôle 07/XII/09  
Avant vous, par le cf. documents annexés depuis  
Après vous, par le Constat. Neurochirurgie (...) depuis 2007.  
> 1.3  
Traitement hospitalier/cure ou? Rhumatologie (...)  
Date d'entrée 30/10/07 Date de sortie 06/11/07  
> 1.4  
Anamnèse (évolution chronologique, thérapie suivie à ce jour, symptômes actuels)  
Constat médical Evolution en lente amélioration, d'un état quasi paralysaire à une situation où la patiente peut se  
Pronostic revenir à une consultation avec 1 came, indépendante.  
> 1.5  
Nature et importance du traitement actuel réservé car déni de tout problème psychiatrique et d'un Mt consécutif et spécifique à cette composante.

(...)

> 1.7  
Questions sur l'activité exercée à ce jour  
Énumération des restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes?  
Il y a au premier plan une limitation psychiatrique mais  
Comment se manifestent-elles au travail?  
ne travaille pas difficile à objectiver  
D'un point de vue médical, l'activité exercée est-elle encore admissible?  
 oui  non et quantifier.  
A quel degré? ?  
Le rendement y est-il réduit??  
 oui  non Sans doute  
Si oui, pourquoi? Dans quelle mesure?  
raison psychiatriques? - Etat algique persistant; qualifié par  
Dans quelle mesure (heures par jour), avec quel profil du point de vue des charges et depuis quand une activité adaptée au la patiente  
handicap est-elle possible? ?

> 1.8  
Questions concernant des mesures réadaptation professionnelle possibles  
Les restrictions énumérées, peuvent-elles être réduites par des mesures médicales?  
 oui  non  
Si oui, lesquelles?  
le traitement médicamenteux, physiothérapeutique (par  
Quel effet ont ces mesures sur la capacité de travail? un physio. analophrone) et l'appui  
des différents consultants ont amélioré signific.

> 1.9  
Peut-on s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle resp. à une amélioration de la capacité de travail?  
 oui  non  
Si oui, à partir de quelle date et à quel degré? certainement cette patiente, mais après  
% à partir du 5 ans d'effat des uns et des autres!...

(...)"

Ce praticien a en outre indiqué ce qui suit :

"une expertise PSY et la poursuite d'un suivi neurochirurgical me paraissent déterminants c/o cette patiente. Une rente AI ne résoudra ni la problématique psychiatrique ni les somatisations douloureuses. Le seul virage à une pas manquer est une parésie progressive II à l'épendymôme et mise sur le compte d'une symptomatologie  $\Psi$ . Peut-être vaudrait-il mieux encourager la patiente à progresser, comme elle l'a déjà fait tout en laissant la question d'une aide de l'AI ouverte en fonction de l'évolution de sa situation neurologique réelle."

Dans un avis médical du 25 mars 2010, le Dr F. \_\_\_\_\_, du Service médical régional AI (ci-après : le SMR), a retenu que l'assurée ne présentait pas de pathologie suffisamment grave pour justifier une prise en charge psychiatrique et a préconisé la mise en œuvre d'une enquête ménagère.

L'OAI a effectué une enquête économique sur le ménage le 7 octobre 2010. Dans son rapport subséquent du 15 octobre 2010, l'enquêtrice a pour l'essentiel conclu que la situation sociale de la famille

semblait probablement plus déstabilisée que celle décrite par l'assurée, notamment s'agissant de la prise en charge des enfants. Les empêchements découlant des limitations décrites par l'assurée - à l'exclusion de limitations décrites par des sources médicales - étaient élevés, savoir de 64%. L'enquêtrice a finalement relevé que la situation était complexe.

Les Drs F. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_ du SMR se sont déterminés dans un avis médical du 22 novembre 2010, préconisant la mise en place d'un examen bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique.

L'assurée a été expertisée au [...] le 25 janvier 2011 par les Drs N. \_\_\_\_\_ (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie) et C. \_\_\_\_\_ (spécialiste en rhumatologie et en médecin interne générale) ainsi que le 2 février 2011 par le Dr Q. \_\_\_\_\_ (spécialiste en neurologie). Les experts ont rendu leur rapport commun le 30 mai 2011, indiquant en particulier ce qui suit :

### "(...) **SYNTHÈSE ET DISCUSSION**

#### Rappel de l'histoire médicale :

Y. \_\_\_\_\_ est une assurée suisse d'origine marocaine de 54 ans, veuve, mère de deux enfants en âge scolaire. Elle a une formation de couturière, mais pas de formation certifiée, elle a travaillé jusqu'à ses grossesses dans trois entreprises, soit dans le contrôle et la livraison. Elle a également émarginé du chômage durant deux ans.

Elle souffre d'une lombosciatalgie depuis 2002. Cette symptomatologie douloureuse est caractérisée par une douleur qui s'étend de la fesse jusqu'aux orteils en passant par la face externe du membre inférieur droit et se complique d'une sensation de perte à la fois de la force et de la sensibilité du MID ; elle est accentuée à la marche, aux charges et aux mouvements du tronc, mais pas aux manœuvres de Valsalva.

Les investigations n'ont pas révélé de lésion anatomique explicative.

Elles ont par contre révélé l'existence d'un épéndymome myxopapillaire prenant les segments L1 à L4. Il a cependant été estimé que les plaintes ne pouvaient pas être expliquées en totalité par le processus tumoral. Aucune intervention chirurgicale n'a été retenue, une composante psychique a été suggérée.

Y. \_\_\_\_\_ n'est cependant pas connue pour des antécédents psychiques personnels ou familiaux avant 2002. Il est possible qu'elle ait présenté une difficulté d'adaptation aux douleurs en 2002, mais elle n'a pas été évaluée sur le plan psychique.

Le diagnostic d'épéndymome a provoqué d'abord un choc, puis a été accepté.

Y. \_\_\_\_\_ n'estime pas que les douleurs soient à l'origine d'un trouble psychique, ni être à l'origine de limitation dans sa vie quotidienne.

Elle présente donc un trouble de l'adaptation qui évolue très probablement vers un trouble anxieux et dépressif mixte. En 2007, le diagnostic d'épéndymome renforce un peu la symptomatologie dépressive sans qu'elle soit suffisamment grave pour justifier un avis psychiatrique ou un suivi spécialisé. Aucun traitement psychotrope n'est introduit.

Il n'y a actuellement pas de suivi psychologique ou psychiatrique et aucun document psychiatrique n'est disponible dans le dossier.

Situation actuelle et conclusions :

Sur le plan rhumatologique, la symptomatologie douloureuse perdure, mais son intensité est actuellement supportable après une période hyperalgique très invalidante. Toutefois, elle reste tributaire d'une médication importante impliquant des antalgiques majeurs.

Les plaintes ne sont pas explicables. Elles sont cependant cohérentes dans la mesure où le rachis interfère très peu dans les douleurs : la mobilité est bonne, la mobilisation ne provoque pas de douleurs, il n'y a pas d'argument pour une fibromyalgie (positivité des trigger points uniquement aux MI et uniquement à droite), on ne met en évidence aucun signe de non organicité. .

Les modifications dégénératives observées à l'imagerie ne sont pas importantes. Elles peuvent être considérées comme normales pour l'âge du sujet, tout en étant susceptibles, néanmoins, de développer occasionnellement un épisode douloureux et justifier une incapacité temporaire de travail, mais pas une incapacité de travail de longue durée.

*En conclusion*, la capacité de travail est complète, sans limitation ni diminution de rendement.

Sur le plan neurologique, Y.\_\_\_\_\_ se plaint de la persistance de lombosciatalgies droites de topographie externe comme mentionné plus haut associées à des paresthésies intéressant la région lombaire et irradiant le long de la face externe du membre inférieur droit et au niveau de la face externe de la cuisse gauche. L'assurée se plaint en outre d'un manque de force des deux membres inférieurs à prédominance droite. Il n'y a pas de troubles sphinctériens. La symptomatologie augmente en position assise et debout prolongée ainsi qu'à la marche.

Y.\_\_\_\_\_ a cessé toute activité professionnelle lucrative en 1996 et lors s'occupe de son ménage. Actuellement, elle se déclare gênée significativement dans les activités du ménage ne pouvant s'occuper totalement de ses enfants, faire la cuisine et le ménage, étant aidée par sa fille, sa sœur et une aide de ménage.

En résumé, l'examen neurologique permet de retrouver des troubles statiques vertébraux discrets chez une assurée présentant une importante surcharge pondérale, un certain degré de tension de la musculature paravertébrale lombaire des deux côtés et des points de Valleix ainsi que des insertions iliaques et trochantériennes sensibles à droite. La flexion latérale lombaire est modérément limitée et sensible localement alors que la flexion lombaire antérieure maximale est normale et ne provoque que quelques douleurs locales. Les différentes épreuves de marche sont sans particularité en dehors du fait que l'assurée se déplace avec une boiterie du membre inférieur droit. En position couchée, on note une manœuvre de Lasègue sensible en fin de mouvement à droite, des réflexes tendineux généralement très faibles voire douteux, des phénomènes de lâchages étagés avec une apparente faiblesse distale au niveau du membre inférieur droit, une hypoesthésie tactile et douloureuse globale du membre inférieur droit se compliquant d'une altération de la sensibilité posturale à droite et d'une hypopallessthésie bilatérale. Contrastant avec les éléments précités, Y.\_\_\_\_\_ peut rester assise de façon prolongée sans exprimer de douleurs durant toute l'anamnèse. On note également qu'elle se déshabille et s'habille sans problème et qu'elle peut également s'allonger et se relever du lit d'examen sans problème.

L'examen clinique a été complété par un ENMG des deux membres inférieurs. Compte tenu de mouvements ébauchés ou incomplets uniquement, cet examen ne révèle pas de signes d'atteinte neurogène périphérique certains dans l'ensemble des muscles examinés au niveau des deux membres inférieurs avec des tracés au niveau des membres inférieurs à basse fréquence mais normalement riches confirmant le caractère de lâchages des déficits objectivés cliniquement. Par contre, l'examen myographique de la musculature paravertébrale lombaire droite révèle indubitablement des signes de dénervation spontanés traduisant l'existence d'une irritation radiculaire. On relèvera également que le caractère très partiel de l'effort obtenu lors des mouvements volontaires ne permet pas de juger totalement de la qualité des tracés aux mouvements même s'il paraît indubitable qu'il n'existe pas de signes de dénervation spontanés dans l'ensemble des muscles examinés au niveau des deux membres inférieurs.

Les IRM lombaires des 19.05.2008 et 21.12.2009 ont été revues. Ces examens mettent en évidence indubitablement l'existence d'une masse intra-durale hétérogène allant de L1 à L4 pour laquelle les radiologues ont considéré qu'elle correspondait à un probable épéndymome myxopapillaire. Cette tumeur est vraisemblablement ancienne puisqu'elle est accompagnée d'un élargissement du canal lombaire et d'une édentation sur les pédicules et le mur postérieur en particulier au niveau L2-L3. A relever que le radiologue signale en outre une image nodulaire intradurale en arrière de la moelle épineuse à la hauteur du corps vertébral D8 dont il estime qu'elle pourrait correspondre soit à un artefact soit à une lésion tumorale secondaire. L'IRM lombaire effectuée le 21.12.2009 semble indiquer une discrète augmentation en taille de la masse intra médullaire (selon le radiologue).

Compte tenu des éléments susmentionnés, on se trouve vraisemblablement en face d'une situation mixte où existe une épine organique dont l'importance et les conséquences fonctionnelles sont rendues difficilement appréciables par des éléments de surcharge psychogène expliquant l'atypie des constatations cliniques.

Sur le plan thérapeutique, il paraît effectivement prématuré d'envisager une sanction chirurgicale étant donné l'extension de la masse, l'absence de répercussions neurologiques majeures et le contexte psychologique. Il n'est néanmoins pas impossible qu'il faille ultérieurement envisager des mesures chirurgicales suivant l'évolution.

*En conclusion*, il existe indubitablement une épine organique pouvant jouer un rôle dans les plaintes, mais dont l'importance exacte est indéterminable compte tenu de la mauvaise collaboration.

La capacité de travail dans l'activité de femme au foyer est complète en temps avec une diminution de rendement de 30% due aux travaux plus lourds et à la station debout prolongée.

Ce degré de capacité de travail pourrait devoir être réapprécié en fonction de l'évolution clinique.

Sur le plan psychique, à l'anamnèse, on retrouve des plaintes légères et dépendantes des douleurs : tristesse et des crises de pleurs déclenchées par des douleurs intenses, diminution légère et fatigue probablement en lien avec le traitement médicamenteux, intérêts et plaisirs modérément diminués, image de soi négative, ralentissement moteur probablement en lien avec le traitement médicamenteux, diminution de l'appétit et perte importante de la libido.

On ne trouve pas de limitation des activités quotidiennes d'origine psychique.

L'examen psychiatrique révèle des signes très légers : légère fatigabilité, quelques épisodes de tristesse avec une crise de pleurs, expression émotionnelle peu fluctuante.

Tenant compte de l'ensemble de ces éléments, nous retenons le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte.

*En conclusion*, Y. \_\_\_\_\_ a déclaré dans l'anamnèse que son état psychique a favorablement évolué et qu'elle pense n'avoir besoin d'aucun suivi psychiatrique. En effet, un tel trouble ne nécessite pas obligatoirement de suivi, ni de traitement psychotrope, il n'entraîne pas d'incapacité de travail, ni de limitation ou de perte de rendement.

## **RÉPONSES AUX QUESTIONS DE L'OFFICE D'ASSURANCE INVALIDITE**

(...)

### **4. Diagnostics (si possible selon classification ICD-10)**

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

- Lombosciatalgies bilatérales à prédominance droite en relation partiellement avec la présence d'une tumeur intrarachidienne L1-L4 correspondant le plus probablement à un épendymome myxopapillaire (Symptomatologie présente depuis 2002).

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

- Syndrome algodysfonctionnel rachidien sur modifications dégénératives débutantes habituelles pour l'âge de l'expertisée (Symptomatologie présente depuis 2002).
- Trouble anxieux et dépressif mixte F41.2 depuis 2003.

(...)

### **B. Influences sur la capacité de travail**

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

##### *Sur le plan physique*

Limitation dans les activités lourdes du ménage et la station debout prolongée.

##### *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 ?**

Les troubles handicapent vraisemblablement l'assurée dans les activités lourdes du ménage.

##### **2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail**

Capacité pleine en temps.

##### **2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?**

Oui à plein temps.

2.4 *Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui dans quelle mesure ?*

30 % en raison des difficultés les activités lourdes du ménage.

2.5 *Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?*

On peut reconnaître une incapacité de travail temporaire au début du trouble à savoir en 2002.

2.6 *Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?*

Il est resté stationnaire en dehors d'une période d'invalidation apparemment plus importante en début d'évolution.

3. *En raison de ses troubles psychiques, l'assuré(e) est-il (elle) capable de s'adapter à son environnement professionnel ?*

Oui.

**C. *Influences sur la réadaptation professionnelle***

1. *Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?*

*Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants*

- la possibilité de s'habituer à un rythme de travail
- l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social
- la mobilisation des ressources existantes

*Si non, pour quelles raisons ?*

Pas d'indication.

2. *Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent?*

En l'état actuel des choses, il n'y a pas de mesure médicale, de moyen auxiliaire ou d'adaptation du poste du travail jugé susceptible d'augmenter la capacité de travailler effective. Par contre en cas d'aggravation significative de la situation, l'indication éventuelle à une sanction chirurgicale pourrait être reconsidérée. D'ici là, il s'agit de poursuivre les mesures médicales en cours afin de maintenir l'état actuel.

(...)

2.2 *A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ?*

Au mieux de maintenir la capacité de travail actuel.

3. *D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré(e) ?*

Pas d'indication.

Les limitations seraient les mêmes et la capacité également.

(...)"

Dans un avis médical du 14 juin 2011, le Dr F. \_\_\_\_\_ du SMR a estimé que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans une activité ne protégeant pas le dos, mais entière dans une activité adaptée, celle-ci devant être traduite en termes de métier par un spécialiste en réadaptation. Il a retenu les limitations fonctionnelles suivantes :

"(...) alternance des positions assise et debout, ne pas se pencher, pas de travail accroupi ou à genoux, pas de rotation en position assise/debout, ne pas monter sur une échelle-escabeau, pas de porte de charges au delà (sic) des 5 kg."

Se référant à l'expertise médicale, il a enfin indiqué que dans l'activité de ménagère, on pouvait considérer un empêchement de 30%, de sorte que les conclusions de l'enquête ménagère du 15 octobre 2010 - qui situaient ces empêchements à 64% - étaient difficilement explicables sur le plan médical.

Un rapport d'enquête ménagère complémentaire a été établi le 31 août 2011. Il comprend un calcul des empêchements de l'assurée fondé sur les limitations physiques retenues par le Dr F. \_\_\_\_\_ le 14 juin 2011, à l'exclusion des observations effectuées au domicile de l'intéressée et des déclarations de cette dernière. Ces empêchements ont été arrêtés comme suit :

### Complément d'enquête

#### 8. Travaux

Description des empêchements dus à l'invalidité	Pondération du champ d'activité (%)	Empêchement (%)	Invalidité (%)
<b>6.1 Conduite du ménage</b> planification / organisation / répartition du travail / contrôle	2 - 5%	3 %	0 %
<b>6.2 Alimentation</b> préparation / cuisson / service / nettoyage de la cuisine / provisions	10 - 50%	36 %	10,8 %
<b>6.3 Entretien du logement</b> épousseter / aspirateur / entretien des sols / nettoyer les vitres / faire les lits	5 - 20%	17 %	6,8 %
<b>6.4 Emplettes et courses diverses</b> poste / assurances / services officiels	5 - 10%	7 %	2,8 %
<b>6.5 Lessive et entretien des vêtements</b> laver / suspendre / ramasser / repasser / raccommoder / nettoyer les chaussures	5 - 20%	16 %	4,8 %
<b>6.6 Soins aux enfants ou aux autres membres de la famille</b>	0 - 30%	19 %	3,8 %
<b>6.7 Divers</b> soins infirmiers / entretien des plantes et du jardin / garde des animaux domestiques / confection de vêtements / activité d'utilité publique / formation complémentaire / création artistique	0 - 50%	2 %	0,4 %
<b>Total</b>		<b>100 %</b>	<b>29,4 %</b>

Par projet du 9 novembre 2011, confirmé par décision du 19 décembre 2011, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. Il a retenu que cette dernière consacrait 70% de son temps à une activité de couturière indépendante et les 30% restants à ses travaux habituels. Elle était cependant en mesure d'exercer à 100% une activité permettant l'alternance des positions assise et debout et respectant diverses limitations fonctionnelles (ne pas se pencher; ne pas travailler accroupi ou à genoux; ne pas effectuer des rotations en positions assise et debout; ne

pas monter sur une échelle ou un escabeau; ne pas porter de charges excédant quinze kilos). Sur cette base, l'OAI s'est fondé sur le salaire statistique de référence auquel pouvaient prétendre en 2003 les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé de la production et des services. Il a adapté ce salaire, qui s'élève à 3'883 fr. par mois pour quarante heures de travail hebdomadaires, part au treizième salaire comprise, au temps de travail moyen dans les entreprises en 2003 (41,77 heures), aboutissant à un salaire mensuel de 4'048 fr. 03 respectivement un salaire annuel de 48'576 fr. 33. Compte tenu des limitations fonctionnelles précitées, il a opéré un rabatement de 10% sur ce revenu, il a retenu un revenu d'invalidité de 43'718 fr. 70. Comparant ce revenu avec le revenu sans invalidité de l'assurée (48'576 fr. 33, selon les données statistiques précitées), il a fixé le taux d'invalidité à 10%. L'OAI a ensuite repris les empêchements retenus dans le rapport d'enquête ménagère complémentaire du 31 août 2011 (29,4%). Additionnant les empêchements dans l'activité de couturière (10% d'empêchements pour un taux d'activité de 70%, soit un taux d'invalidité de 7%) et de ménagère (29,4% d'empêchements pour un taux d'activité de 30%, soit un taux d'invalidité de 8,82%), il a retenu que le degré d'invalidité total de l'intéressée était de 15,82% (7% + 8,82%), savoir un taux inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à une rente d'invalidité.

Non contestée par l'assurée, cette décision est entrée en force.

**B.** Le 17 juin 2014, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI, exposant souffrir d'une hernie discale depuis le mois de décembre 2003.

A l'appui de cette nouvelle demande, elle a notamment produit un certificat établi le 10 juin 2014 par le Dr M. \_\_\_\_\_, dont il ressort qu'elle était "actuellement, pour des raisons médicales, dans l'incapacité de travailler".

Par lettre du 18 juin 2014, l'OAI a informé l'assurée du fait que seule une modification plausible de l'invalidité ou de l'impotence, dans une mesure propre à influencer ses droits, pouvait faire l'objet d'un examen, l'invitant à produire les éléments rendant plausible une telle modification.

Le 14 juillet 2014, l'assurée a produit les documents suivants :

- un rapport d'IRM lombaire du 21 décembre 2009 (Prof. [...], spécialiste en radiologie, et Dresse [...], médecin assistante) faisant état d'une masse intramédullaire hystique s'étendant du plateau inférieur de L1 jusqu'au plateau inférieur de L4;
- un rapport du 10 février 2010 relatif à des consultations ambulatoires des 8 janvier et 9 février 2010 (Prof. K. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et Dr [...], devenu par la suite spécialiste en neurochirurgie), dont il ressort que l'assurée présente un épendymome lombaire étendu de L1 à L4, responsable d'une radiculopathie actuellement neuropathique L5 droite, non déficitaire, qui rendait une intervention neurochirurgicale souhaitable selon ces praticiens;
- un rapport établi le 20 mai 2010 par le Dr [...], médecin adjoint au service de chirurgie viscérale du [...], qui a indiqué avoir reçu l'assurée afin d'évaluer l'utilité de procéder à une cholécystectomie par laparoscopie - l'intéressée étant porteuse d'une lithiase vésiculaire -, mais qu'il avait été décidé qu'elle réglerait ses problèmes de dos avant toute intervention au niveau de la vésicule biliaire;
- un rapport d'IRM lombaire du 8 mars 2011 (Prof. [...] et Dresse [...], spécialistes en radiologie) relevant une "lésion intradurale multikystique avec niveaux hydrohématiques présentait un rehaussement après injection de Gadolinium et un scalloping des structures osseuses adjacentes situées au niveau du cul-

de-sac dural s'étendant de L1 à L4 sans modification majeure depuis 2009 parlant en premier lieu en faveur d'un épendymome myxopapillaire";

- un rapport du Prof. K. \_\_\_\_\_ et du Dr [...] (médecin assistant) du 28 mars 2011, qui relèvent qu'au vu des lomboscialgies droites persistantes de l'assurée ainsi que de ses douleurs de type neuropathique de topographie L5 droite, qui résistaient au traitement médicamenteux, une opération chirurgicale était envisagée;
- deux rapports - avec diverses annexes - établis par le service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du [...] les 5 (colonne lombaire en charge, par les Drs [...], spécialiste en radiologie, et [...], spécialiste en médecine nucléaire) et 10 octobre 2011 (rachis lombaire en charge face profil et incidence antéro-postérieure, par les Drs [...], spécialiste en radiologie et [...]), faisant état d'un status post-laminectomie L1 à L4 respectivement de cette affection avec rétrolisthésis L3-L4 de grade I;
- un rapport anamo-pathologique du 17 octobre 2011 du Dr [...], chef de clinique au service de pathologie clinique du [...], qui a posé le diagnostic de "lésion intra-durale (niveau L1-L4), biopsie-exérèse : schwannome, OMS grade I";
- une feuille d'orientation du service des urgences du [...] du 19 octobre 2011, indiquant que l'assurée s'y est présentée le jour même pour des douleurs abdominales, avec vomissements depuis trois jours et brûlures urinaires depuis quatre jours;
- un rapport d'ultrason vésiculaire établi le 19 octobre 2011 par les Dresses [...] (spécialiste en radiologie) et [...] (médecin-assistante), qui ont constaté une cholécystite avec un net

épaississement et un aspect feuilleté de la paroi vésiculaire, avec un rapport du même jour adressé par ces praticiennes au service des urgences du [...];

- un protocole opératoire du Dr R. \_\_\_\_\_ (spécialiste en chirurgie générale et traumatologie, qui est dans l'intervalle devenu spécialiste en chirurgie viscérale) du 19 octobre 2011, dont il ressort que l'assurée a subi une cholecystectomie par laparoscopie, ainsi qu'un formulaire de prescriptions postopératoires en salle de réveil;
- un rapport anatomo-pathologique établi le 28 octobre 2011 par les Dresses [...] (médecin assistante) et [...] (spécialiste en pathologie), qui ont posé le diagnostic de "cholecystectomie : cholécystite aiguë ulcéro-nécrotique", ce rapport étant accompagné de diverses annexes;
- un rapport du Prof. K. \_\_\_\_\_ et du Dr [...] (médecin assistant) du 15 novembre 2011, faisant suite au rapport précité du 28 mars 2011, avec un protocole opératoire et divers documents joints, dont il ressort que l'assurée a séjourné du 26 septembre au 11 octobre 2011 dans le Service de neurochirurgie du [...] et y a subi une laminectomie L1-L4 et une extirpation de processus expansif intradural le 27 septembre 2011;
- un rapport d'IRM lombaire du 5 décembre 2011 (Drs [...], spécialiste en radiologie, et [...], médecin assistant), relevant que la première IRM post-opératoire après résection d'un épéndymome de L1 à L4 ne démontrait pas d'image de résidu, qu'un remplissage liquidien formait un kyste aux niveaux L2 à L3 d'aspect banal et qu'aucune nouvelle lésion épéndymaire n'était objectivée au niveau lombaire;

- un rapport établi le 15 décembre 2011 par les Drs R.\_\_\_\_\_, [...] (spécialiste en chirurgie viscérale) et [...] (médecin assistant), qui ont exposé qu'après la cholécystectomie par laparoscopie pratiquée le 19 octobre 2011, l'assurée avait pu regagner son domicile le 21 octobre 2011;
- un rapport du Dr [...] du 22 décembre 2011, dans lequel il a relevé que l'assurée présentait une évolution lentement favorable à la suite d'une chirurgie d'exérèse du schwannome étendu de L1 à L4 à la fin du mois de septembre 2011;
- un rapport d'IRM établi le 12 juin 2012 (Drs [...], spécialiste en radiologie, et [...]) faisant état d'un status post-opératoire par abord postérieur s'étendant de L1 à L4, sans évidence de résidu ou de récurrence tumorale, ainsi que des signes d'arachnoïdite chronique;
- un rapport établi le 18 juin 2012 par le Prof. K.\_\_\_\_\_ et par le Dr [...], médecin assistant, qui relève que l'évolution de l'assurée à la suite de l'exérèse du schwannome au mois de septembre 2011 était lentement favorable, à l'exception de lombalgies lentement dégressives;
- un rapport d'IRM de la colonne lombaire du 10 juin 2013 (Drs [...], spécialiste en radiologie et [...], entre-temps devenue spécialiste en médecine nucléaire), indiquant une absence d'évidence pour une récurrence tumorale ou d'évolution par rapport à l'IRM lombaire pratiquée le 10 juin 2012;
- un rapport établi le 14 juin 2013 par la Dresse G.\_\_\_\_\_, cheffe de clinique au Service de neurochirurgie du [...], qui a indiqué un status dans la norme hormis une hypoesthésie/dysesthésie S1 à droite sans signe de myélopathie, relevant que l'intéressée était suivie depuis le mois de septembre 2011 à la suite de l'exérèse d'un

schwannome OMS grade I de la queue de cheval - avec une évolution clinique stable - et se plaignait "depuis toujours" de lombosciatalgies à droite;

- un rapport adressé le 9 octobre 2013 par le Service d'anesthésiologie du [...] à la Dresse G.\_\_\_\_\_, dont il ressort que l'assurée souffre d'une lombosciatalgie droite (face extérieure, cuisse-jambe et orteils) persistante en post-opératoire;
- un rapport de rééducation établi le 14 juillet 2014 par le Centre [...], comprenant le diagnostic de lombo-sciatalgie déficitaire sensitivo-motrice et mentionnant une suspicion de désinsertion du moyen fessier, tout en relevant que l'intéressée avait subi une opération pour une exérèse à la suite d'un examen radiologique du 11 juin 2013 et qu'elle bénéficiait depuis lors d'un suivi post-opératoire à raison de deux fois par semaine.

Le Dr W.\_\_\_\_\_ du SMR s'est déterminé sur ces pièces dans un avis médical du 11 août 2014, dans les termes suivants :

"(...) En juin 2014, le Dr M.\_\_\_\_\_ écrit que l'assurée est actuellement dans l'incapacité de travailler sans autre détail ou précision. En avril 2014, ce médecin avait rédigé un certificat médical attestant que l'assurée n'était pas en mesure à cette époque de réaliser toutes ses tâches ménagères ce que nous reconnaissons de longue date.

Le rapport de rééducation du 14 juillet 2014 n'objective aucun empêchement durable susceptible de modifier l'exigibilité fixée par le SMR en 2011.

Le Dr G.\_\_\_\_\_, neurochirurgie CHUV, écrit le 14 juin 2013 concernant les suites de l'intervention du Schwannome opéré en 2011 : « cette patiente présente donc une évolution clinique stable » après avoir précisé que le les (sic) taus (sic) clinique (examen clinique) était dans la norme hormis une baisse de la sensibilité S1 droite sans signe de myélopathie (atteinte de la moelle épinière).

D'après les documents médicaux présents au dossier, la cholécystectomie de l'automne 2011 n'a laissé aucune séquelle à

même de modifier la CT (réd. : capacité de travail) dans une activité adaptée.

L'assurée a été opérée avec succès en septembre 2011 de la tumeur intrarachidienne prise en compte par le SMR en juin 2011, ce qui ne constitue pas une aggravation de sa santé, bien au contraire.

Aucune aggravation durable de l'état de santé n'étant rendue plausible, nous maintenons notre position qui est inchangée depuis la dernière décision AI.  
(...)"

Le 22 août 2014, l'OAI a rendu un projet de décision de refus d'entrer en matière, indiquant que l'assurée n'avait pas rendu plausible une modification essentielle de sa situation depuis le prononcé de la dernière décision, mais qu'elle n'avait fait valoir qu'une nouvelle appréciation d'un même état de fait.

En annexe à un courrier non daté mais indexé le 3 septembre 2014, l'assurée a produit un rapport établi le 28 juillet 2014 par le Dr M.\_\_\_\_\_, qui a indiqué que l'intéressée avait subi une aggravation des symptômes préexistants et l'apparition de nouvelles atteintes à l'épaule, aux genoux et une tendinopathie fessière, le pronostic à long terme étant défavorable. Il a énuméré les "diagnostics actuellement retenus" suivants :

- "(...) ■ Status après extirpation d'un schwannome OMS grade I de la queue de cheval (2011).
- Cholécystectomie par voie laparoscopique (2011).
  - Lombo-cruralgies droites chroniques sur hernie discale foraminale et extra-foraminale L 3 (connue depuis 2006).
  - Périarthrite de hanche, sévère, invalidante à droite (2006).
  - Tendinite chronique du sus-épineux de l'épaule droite (octobre 2010) secondaire à l'usage de cannes anglaises.
  - Entésopathie inflammatoire des abducteurs sur les grands trochanters des deux fémurs avec suspicion de désinsertion du moyen fessier à gauche (août 2013).
  - Chondropathie fémoro-patellaire bilatérale significative des deux genoux (juillet 2014).
  - Syndrome douloureux chronique majeur nécessitant un traitement lourd, combinant opioïdes, AINS et hautes doses de **Gabapantine**.
- (...)"

Le Dr W. \_\_\_\_\_ du SMR s'est déterminé dans un avis médical du 26 septembre 2014, reprenant les termes de son avis précité du 11 août 2014 et ajoutant les remarques suivantes :

"(...) Un rapport émanant de [...] du centre [...] daté du 14 juillet 2014 précise : « Y. \_\_\_\_\_ s'est adressée à ma consultation, à mon cabinet, il y a de cela dix ans pour des douleurs localisées au niveau de la région lombaire et de la hanche droite irradiant le long de la face externe de la cuisse externe jusqu'au genou ». Ces douleurs sont donc connues de longue date. Les limitations de l'amplitude articulaire de la cheville droite ne sont pas de nature à modifier l'exigibilité dans une activité adaptée de même que le déficit musculaire modéré objectivé lors du testing du membre inférieur droit. Les amplitudes des hanches et des genoux sont qualifiées de normales. Le périmètre de marche est annoncé à 20' (30' dans l'expertise de 2011). Il est précisé : « Y. \_\_\_\_\_ a abandonné les cannes il y a une année de cela, elle fait usage parfois d'une seule canne (du côté droit) en cas de fortes douleurs de fatigue ou de long trajet ». Le rapport de rééducation du 14 juillet 2014 n'objective donc aucun empêchement durable susceptible de modifier l'exigibilité dans une activité adaptée fixée par le SMR en 2011.

(Réd. : Dans son rapport précité du 14 juin 2013,) le Dr G. \_\_\_\_\_ (...) ne rapportait ni douleur, ni déficit moteur.  
(...)

Les lombalgies et gonalgies annoncées par le médecin de famille dans son courrier daté du 28 juillet 2014 ont été prises en compte dans la précédente instruction. D'après le rapport émanant de [...] du centre [...] daté du 14 juillet 2014, l'entésopathie des hanches annoncée par le Dr M. \_\_\_\_\_ n'est pas source de limitation de l'amplitude articulaire des hanches de même que la « chondropathie fémoro-patellaire bilatérale significative des 2 genoux » rapport émanant de [...] du centre [...] daté du 14 juillet 2014, l'amplitude articulaire étant normale des deux côtés.

La « suspicion de désinsertion du moyen fessier » évoquée, n'est pas confirmée par un avis spécialisé et/ou une imagerie médicale adaptée. Dans ce cas, l'IRM est l'examen de référence : Les tendinopathies intéressent essentiellement la lame latérale antérieure du moyen fessier. Toute pathologie fissuraire ou à type de désinsertion de sa face profonde va s'accompagner d'hypersignal plus ou moins important selon le degré inflammatoire en T2.

La tendinite chronique du sus-épineux de l'épaule droite (octobre 2010) secondaire à l'usage de cannes anglaises n'est plus rapportée depuis l'arrêt de l'usage de ces moyens auxiliaires.

Aucune aggravation de l'état de santé susceptible de modifier les limitations fonctionnelles n'étant rendue plausible, nous maintenons notre position qui reste donc inchangée depuis la dernière décision AI.  
(...)"

Par décision du 10 octobre 2014, l'OAI a confirmé son projet du 22 août 2014 et refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assurée.

**C.** Par acte du 13 novembre 2014, Y.\_\_\_\_\_, désormais assistée de l'avocat Yero Diagne, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI au moyen d'une nouvelle expertise, subsidiairement d'un complément d'expertise, puis nouvelle décision sur le fond, le tout sous suite de frais et dépens. A l'appui de ces conclusions, elle a reproché à l'OAI de s'être uniquement fondé sur l'avis médical du SMR du 26 septembre 2014, qui ne tenait pas compte de tous les éléments médicaux qu'elle avait produits (rapport de rééducation du 14 juillet 2014) respectivement relativisait ou niait les diagnostics posés par les médecins l'ayant examinée (rapport du Dr M.\_\_\_\_\_ du 28 juillet 2014). Elle a notamment produit un courrier que ce praticien lui avait adressé le 11 juillet 2014, dans lequel il a exposé que les résultats d'une IRM de son genou droit confirmaient le diagnostic d'un syndrome fémoro-patellaire, le ménisque ayant par ailleurs un peu souffert, mais sans présenter de déchirure. La recourante a en outre fait valoir que les constatations des experts du [...] au mois de mai 2011 laissaient déjà présager d'une éventuelle aggravation significative de sa situation médicale, indiquant qu'une intervention chirurgicale devrait dans ce cas avoir lieu. Ayant effectivement subi une telle intervention, l'intéressée en déduit que l'aggravation de son état de santé est rendue plausible. Elle a encore requis la mise en œuvre d'une nouvelle enquête ménagère.

Répondant le 6 janvier 2015, l'OAI a proposé le rejet du recours, soulignant que le rapport d'IRM mentionné dans le courrier du Dr M.\_\_\_\_\_ du 11 juillet 2014 ne lui avait pas été transmis.

La recourante a produit cette pièce à l'appui de sa réplique du 29 janvier 2015, par laquelle elle a maintenu ses conclusions.

Par duplique du 23 février 2015, l'OAI a maintenu sa position, relevant que les pièces produites pour la première fois en instance de recours étaient irrecevables.

Cette écriture a été transmise le 24 février 2015 à la recourante, qui n'a pas réagi.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Sous réserve des dérogations expresses, les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]).

Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA; art. 69 al. 1 let. a LAI).

Le recours, qui doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions (art. 61 let. b LPGA), doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise sur la procédure administrative du 28 octobre 2008; RSV 173.36) 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 let. a LPA-VD).

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

**b)** En l'occurrence, est litigieux le refus de l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par la recourante le 17 juin 2014.

**3. a)** Selon l'art. 87 al. 2 RAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 3 RAI (également dans sa teneur au 1<sup>er</sup> janvier 2012) prévoit que lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies.

Ces dispositions correspondent aux alinéas 3 et 4 de l'art. 87 RAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011. Les exigences qui y sont posées doivent 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; ATF 130 V 64 consid. 5.2.3; ATF 117 V 198 consid. 4b; ATF 109 V 108 consid. 2a). 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 117 V 198 consid. 3a; TF 9C\_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). 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 et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b; TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2).

**b)** Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 2 RAI (jusqu'au 31 décembre 2011 : art. 87 al. 3 RAI; ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003) – qui permet aux organes de l'AI 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. 2 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (art. 5 al. 3 et 9 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101]; ATF 124 II 265 consid. 4a). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant

qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. 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\_789/2012 précité consid. 2.3; TF 9C\_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3; TFA I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2).

Il découle de ce qui précède que, dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, l'examen du juge 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 9C\_959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3). Partant, les rapports médicaux produits ultérieurement au prononcé de la décision administrative ne peuvent être pris en considération dans un litige de ce genre (TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1 et réf. cit.).

**4.** En l'espèce, il n'y a pas lieu d'examiner si, entre la dernière décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité - et donc le droit à la rente - s'est produit, dès lors que l'OAI n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande. Il faut donc se limiter à examiner si la recourante, dans ses démarches auprès de l'OAI à partir du mois de juin 2014, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis le précédent refus de prestations.

**a)** A titre préalable, on relèvera que le rapport d'IRM du genou droit du 7 juillet 2014 ne peut être pris en considération dans l'examen de la présente affaire, attendu que ce document n'a été porté à la connaissance de l'intimé qu'au stade de la procédure ouverte céans, soit ultérieurement au prononcé de la décision litigieuse (cf. *supra* consid. 3b).

On rappellera également que le principe inquisitoire ne s'applique pas à la procédure de non entrée en matière sur une nouvelle demande au sens de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (cf. *supra* consid. 3b) et que dès lors, dans un tel contexte, la Cour de céans n'a pas à mettre en œuvre une expertise médicale, ni – malgré l'avis de la recourante (cf. recours du 13 novembre 2014 p. 7) – à renvoyer la cause à l'administration en vue d'une telle instruction. Il lui incombe uniquement d'examiner si les pièces déposées en procédure administrative avec la nouvelle demande de prestations justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier, sans que cela ne consacre un formalisme excessif.

**b)** Cela étant, les pièces produites par la recourante à l'appui de sa nouvelle demande de prestations du 17 juin 2014 appellent les remarques suivantes :

S'agissant de l'exégèse du schwannome que la recourante a subie au mois de septembre 2011, on rappellera, comme l'a relevé le Dr W. \_\_\_\_\_ du SMR dans son avis médical du 11 août 2014, que l'ablation d'une tumeur ne constitue pas une péjoration de l'état de santé. On relèvera au surplus que les pièces produites par la recourante attestent d'une évolution post-opératoire favorable, tant du point de vue des imageries IRM (rapports des 5 décembre 2011; 12 juin 2012 et 10 juin 2013) que des constatations de spécialistes (rapport du Dr [...] du 22 décembre 2011; rapport du Prof. K. \_\_\_\_\_ et du Dr [...] du 18 juin 2012; rapport de la Dresse G. \_\_\_\_\_ du 14 juin 2013). Le fait que cette évolution soit parfois qualifiée de lente n'y change rien. La recourante ne rend ainsi plausible aucune péjoration de son état de santé à cet égard.

La recourante a par ailleurs subi une cholecystectomie par laparoscopie le 19 octobre 2011. Dans ce cas également, il ressort de la documentation produite que l'opération s'est bien déroulée, l'intéressée ayant pu regagner son domicile le 21 octobre 2011 (rapport des Drs R. \_\_\_\_\_, [...] et [...] du 15 décembre 2011). Le dossier ne laisse en outre apparaître aucune séquelle de cette opération (cf. l'avis médical précité du Dr W. \_\_\_\_\_ du 11 août 2014).

Un rapport de rééducation du 14 juillet 2014 mentionne par ailleurs une lombo-sciatalgie déficitaire sensitivo-motrice ainsi qu'une suspicion de désinsertion du moyen fessier. La recourante reproche à l'OAI - fondé sur l'avis du SMR - de ne pas avoir tenu compte de ce rapport dans sa décision de refus d'entrer en matière. Le Dr W. \_\_\_\_\_ s'est toutefois prononcé sur ces affections dans son avis médical du 26 septembre 2014. Il a ainsi relevé que la recourante se plaignait déjà de douleurs lombaires et à la hanche droite au moment du prononcé de la décision de refus de rente du 19 décembre 2011, sans que cela fonde cependant une invalidité. La Dresse G. \_\_\_\_\_ a d'ailleurs confirmé, dans son rapport du 14 juin 2013, que la recourante se plaignait "depuis toujours" de lombosciatalgies à droite. La recourante échoue ainsi à rendre plausible une aggravation de son état de santé lorsqu'elle invoque la persistance de ces douleurs. Concernant la désinsertion du moyen fessier on relèvera, comme le Dr W. \_\_\_\_\_ l'a souligné dans son avis précité du 26 septembre 2014, que cette suspicion de lésion n'est corroborée par aucun document médical - l'examen de référence en la matière étant une IRM - alors qu'il incombait à la recourante de produire une telle pièce. Le rapport du Dr M. \_\_\_\_\_ du 28 juillet 2014 ne contredit pas ce qui précède, les diagnostics étant soit déjà connus lors de l'instruction de la première demande de la recourante, respectivement sans incidence sur la capacité de travail de cette dernière, les amplitudes articulaires des hanches et des genoux étant normales (cf. rapport de rééducation du 14 juillet 2014).

En définitive, aucune aggravation de l'état de santé de la recourante n'est rendue plausible à la lecture des pièces transmises par cette dernière à l'OAI à l'appui de sa nouvelle demande du 17 juin 2014, de sorte que c'est à bon droit que celui-ci a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations.

**5. a)** Il en découle le rejet du recours et la confirmation de la décision litigieuse du 10 octobre 2014.

**b)** En dérogation à la règle générale en matière d'assurances sociales (cf. art. 61 let. a LPGA), la procédure en matière d'assurance-invalidité emporte des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), qu'il convient d'arrêter à 400 fr. et de mettre à la charge de la recourante, qui succombe.

Vu le sort du recours, il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer des dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 10 octobre 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cent francs), sont mis à la charge de Y.\_\_\_\_\_.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Yero Diagne (pour Y. \_\_\_\_\_),
- 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 :